

OBSERVATEUR-Q

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ



Ontario

Conseil ontarien de la qualité
des services de santé

**LES SOINS
DE SANTÉ
EN ONTARIO
2009 : VUE
D'ENSEMBLE**

Chaque Ontarienne et chaque Ontarien a sa part de responsabilité dans la qualité du système – et nous espérons que ce rapport vous aidera à mieux comprendre le système de santé public et vous fournira les renseignements dont vous avez besoin pour continuer à œuvrer pour son amélioration.

Après tout, il s'agit de votre santé et de votre système de santé.

Ce rapport a été préparé
en collaboration avec

ICES Institute for Clinical
Evaluative Sciences

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION ET RÉSUMÉ	1
1.1 Le rapport de cette année	1
1.2 Prôner l'amélioration de la qualité	2
1.3 Nos principales conclusions	2
1.4 Comment nous avons collecté, évalué et interprété les données	5
2 ACCESSIBLE	7
2.1 Introduction	7
2.2 Accès aux urgences	8
Étude d'un cas de réussite : Gain de temps et amélioration de la sécurité des patients grâce à un cheminement plus rapide aux urgences de l'Hôpital général de North York	10
2.3 Accès aux soins primaires	13
Étude d'un cas de réussite : Réduire les temps d'attente de 63 pour 100	15
2.4 Temps d'attente pour les interventions, les examens et les chirurgies spécialisées	17
Étude d'un cas de réussite : Hôpital général de North York – attentes pour le traitement des personnes qui ont le cancer.	23
2.5 Accès aux spécialistes	25
2.6 Accès aux soins de longue durée	28
Étude d'un cas de réussite : Halton Healthcare Services réduit les attentes pour les soins de longue durée	32
3 EFFICACE	35
3.1 Introduction	35
3.2 Les bons médicaments pour traiter les maladies chroniques	36
3.3 Veiller au bon suivi des malades chroniques	41
3.4 Réduire les complications associées aux maladies chroniques	42
Étude d'un cas de réussite : Les programmes de soins primaires de l'asthme concrétisent les données probantes tout en réduisant les symptômes et les visites aux urgences	47
3.5 Réussir du premier coup : Éviter les retours à l'hôpital ou aux urgences	49
3.6 Bien soigner les personnes en soins de longue durée	51
3.7 Soigner le cancer	55
4 SÛR	59
4.1 Introduction	59
4.2 Innocuité des médicaments	60
4.3 Éviter les accidents – Réduire les chutes, les plaies de pression et les infections dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée	65
Étude d'un cas de réussite : Éliminer les chutes – Kensington Gardens met en œuvre un programme de prévention	69
Étude d'un cas de réussite : Éliminer les plaies de pression – ce qui se fait à Wellesley Central Place	70
4.4 Erreurs de diagnostic	72
5 AXÉ SUR LE PATIENT	75
5.1 Introduction	75
5.2 Expérience des patients à l'égard des soins primaires	76
5.3 Satisfactions des clients et des familles à l'égard des foyers de soins de longue durée	80
5.4 Expérience des patients à l'égard des hôpitaux de soins actifs et des urgences	85

6 ÉQUITABLE	89
6.1 Introduction	89
6.2 Équité dans l'accès aux soins de santé	90
6.3 Équité dans l'accès aux soins de qualité	93
6.4 Équité dans l'accès aux soins de santé préventifs	95
6.5 Disparités au niveau des facteurs de risque et de l'hygiène de vie	98
7 EFFICIENT	101
7.1 Introduction	101
7.2 Visites aux urgences qu'on aurait pu éviter	102
Étude d'un cas de réussite : Éviter les transferts par ambulance et les visites aux urgences grâce au personnel infirmier praticien	104
7.3 Utiliser des médicaments peu dispendieux aussi efficaces que les médicaments plus chers	106
7.4 Éliminer les examens inutiles	108
7.5 Ce que pensent les patients du gaspillage	110
Étude d'un cas de réussite : Relier les systèmes d'information des hôpitaux aux fournisseurs de soins primaires	112
8 ADÉQUATEMENT OUTILLÉ	115
8.1 Introduction	115
8.2 Dépenses globales	116
8.3 Ressources humaines en santé	117
8.4 La santé au travail	121
8.5 La technologie de l'information	125
9 INTÉGRÉ	131
9.1 Introduction	131
9.2 Assurer la transition entre l'hôpital et d'autres services : préparer les patients à quitter l'hôpital	132
9.3 Assurer la transition entre l'hôpital et d'autres services	134
Étude d'un cas de réussite : Assurer la transition entre l'hôpital et le secteur des soins de longue durée	137
9.4 Dans quelle mesure mes soins primaires sont-ils bien coordonnés?	139
10 AXÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION	145
10.1 Introduction	145
10.2 Prévention et dépistage précoce des maladies	146
10.3 Facteurs de risque et hygiène de vie	150
11 NOTES	154
12 REMERCIEMENTS	165
13 MEMBRES DU CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ	166

1

1 INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

L'Ontario compte près de 13 millions d'habitants de tous les âges et présentant divers états de santé. Ceux d'entre nous qui n'ont pas besoin de soins médicaux connaissent certainement quelqu'un qui en a eu besoin à un moment donné – souvent une personne proche très malade. Nous souhaitons un système de santé de premier ordre et très performant aussi bien pour ces personnes que pour nous.

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est un organisme autonome qui a été créé par la province en 2004. Il a pour mandat d'aider à améliorer le système de santé financé par les deniers publics en surveillant la qualité, en présentant des rapports à la population de l'Ontario à ce sujet et en encourageant les améliorations constantes. Pour améliorer l'ensemble du système de manière continue, il faut planifier les changements en les associant à des objectifs et à des échéances bien définis, en évaluant les progrès réalisés et en établissant des rapports. En publiant les avantages de ces initiatives – et les conséquences de nos échecs – le Conseil ontarien de la qualité des services de santé peut favoriser le changement et renforcer les efforts déployés pour améliorer la qualité.

1.1 Le rapport de cette année

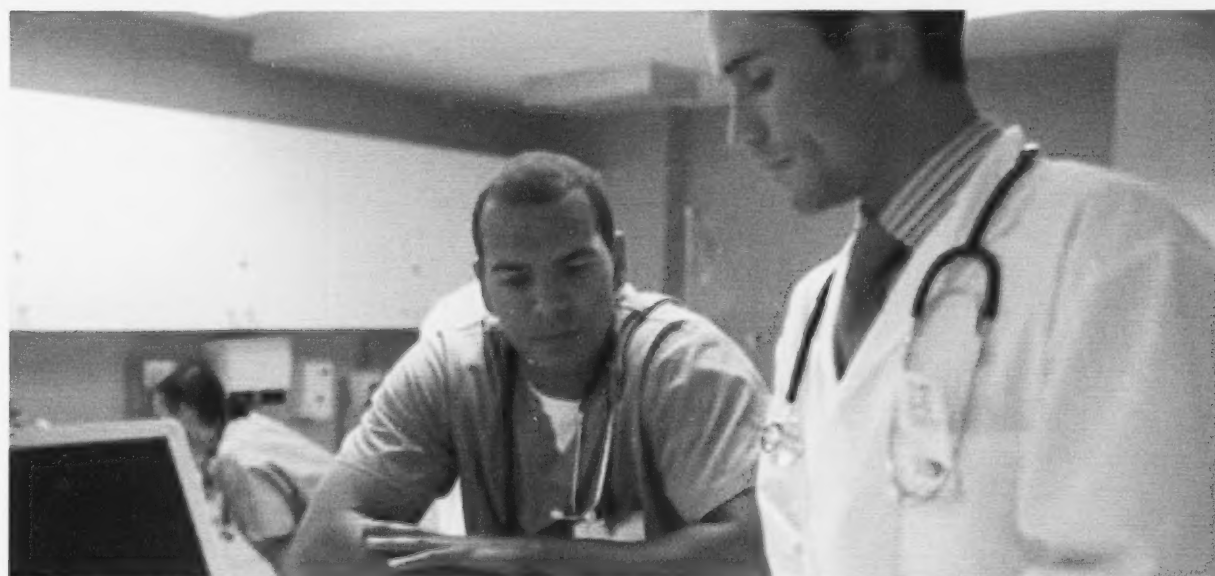
Il s'agit de notre quatrième rapport annuel sur le système de santé financé par les deniers publics en Ontario. Nous y examinons les conclusions précédentes et faisons le point sur ces conclusions, et ajoutons quelques nouveaux indicateurs (aspects des soins de santé que nous pouvons mesurer et suivre) pour donner aux

Ontariennes et Ontariens une image exacte de la manière dont le système se comporte et ce qui doit être amélioré.

Avant de rédiger le rapport, nous avons consulté des experts dans plusieurs domaines de la recherche sur la santé afin de sélectionner de bons indicateurs qui reflètent la qualité des soins en Ontario et de comprendre ce que les résultats disent réellement. Ces experts forment le Conseil consultatif sur la mesure du rendement et le Comité d'évaluation du rendement par des pairs. Nous recueillons des données provenant de diverses sources, notamment des enquêtes menées par le gouvernement et des organismes indépendants comme le Fonds du Commonwealth. Ensuite, nous travaillons avec des chercheurs de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences pour analyser les données.

Comme par le passé, les renseignements contenus dans le présent rapport sont regroupés en catégories, à savoir les « neuf attributs » qui ont été établis d'après ce que les Ontariennes et Ontariens nous ont dit apprendre d'un système de santé autonome performant – un système accessible, efficace, sûr, axé sur le patient, équitable, efficient, intégré, axé sur la santé de la population et adéquatement outillé.

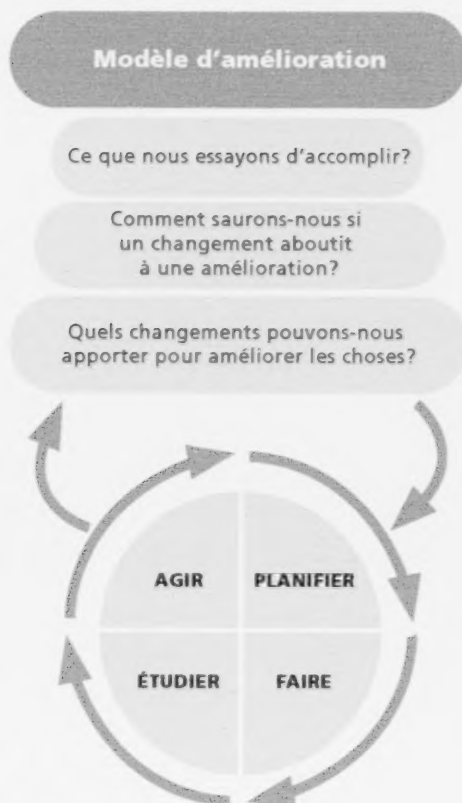
Les années précédentes, nous avons mis l'accent sur les domaines particuliers qui doivent être améliorés. Une année, il a été question d'améliorer la technologie de l'information; d'autres années, nous avons décrit les lacunes dans la manière dont on traite les maladies chroniques. Cette année, nous revenons sur ces deux questions, mais ajoutons également de nouveaux renseignements sur les problèmes associés à l'accessibilité du système de santé.



1.2 Prôner l'amélioration de la qualité

Publier des rapports sur les indicateurs et les objectifs est un élément important du processus d'amélioration de la qualité, mais la mission du Conseil ne s'arrête pas là. Selon le deuxième volet de son mandat – appuyer l'amélioration constante de la qualité dans les soins de santé – le Conseil doit être un catalyseur du changement. Ainsi, le rapport contient également plusieurs exemples d'initiatives d'amélioration de la qualité déployées partout dans la province, que nous appelons « études de cas de réussite ».

Il ne s'agit pas seulement de décrire les idées intéressantes qui ont été mises en œuvre. Nous avons utilisé le « modèle d'amélioration » mis au point par l'Institute for Healthcare Improvement, organisme sans but lucratif situé à Cambridge, au Massachusetts. Selon ce modèle, pour réussir, les projets d'amélioration de la qualité devraient avoir un objectif clair et suivre des mesures précises qui indiquent si les changements effectués aboutissent à une amélioration. Le modèle fournit des données probantes solides aux autres organismes lorsqu'ils recherchent des moyens d'améliorer la qualité.



Les études de réussite sont étroitement liées au reste du travail que nous effectuons pour améliorer le système de santé et la santé des Ontariennes et Ontariens. Vous pouvez en savoir plus à ce sujet en consultant notre plan stratégique, mais, en bref, nous avons l'intention de coordonner notre travail avec les personnes qui gèrent le système de santé, afin que les mesures de la qualité décrites dans le présent rapport soient celles que les leaders prendront au cours de leurs activités de planification quotidiennes. Nous nous sommes également engagés à accroître la capacité du système de santé de s'améliorer en prônant l'utilisation d'outils d'amélioration de la qualité, en reliant les groupes qui travaillent sur les mêmes problèmes de qualité et en encourageant les décideurs à établir des objectifs d'amélioration et à planifier les mesures nécessaires pour y parvenir.

1.3 Nos principales conclusions

Le système de santé financé par les deniers publics de l'Ontario améliore la santé des gens et sauve des vies chaque jour. Il compte des professionnels bien formés, dont beaucoup travaillent des longues heures à des emplois difficiles, car ils croient en ce qu'ils font pour leurs concitoyens. Leur travail et les soins coûtent beaucoup : les dépenses de santé en 2009-2010 devraient atteindre les 42,4 milliards de dollars, soit près de la moitié de l'ensemble des dépenses provinciales.



Nous savons que des soins de mauvaise qualité se traduisent par un gaspillage d'argent et des souffrances. Ce gaspillage prend diverses formes, qu'il s'agisse de personnes dont l'état de santé empire parce qu'elles n'ont pas été suivies et qu'elles n'ont pas reçu les soins dont elles avaient besoin ou de personnes qui tombent malades parce qu'on leur a administré les mauvais médicaments ou qu'elles ont attrapé une infection à l'hôpital. Le résultat est le même : un gaspillage de ressources qui ne pourront servir à d'autres fins. Notre mission consiste à montrer en quoi le système pourrait s'améliorer et à encourager les initiatives d'amélioration de la qualité dans ces domaines. Voici les principaux messages tirés du travail que nous avons réalisé cette année :

Les temps d'attente ont été réduits pour beaucoup d'interventions chirurgicales, mais les gens attendent encore trop longtemps pour recevoir des soins en Ontario – notamment en ce qui concerne les interventions chirurgicales d'urgence pour le cancer, les examens IRM, les spécialistes et les foyers de soins infirmiers.

Bien que les temps d'attente pour la chirurgie du cancer aient diminué au cours des dernières années, le problème n'a pas été réglé pour les personnes qui ont besoin d'une intervention chirurgicale d'urgence. Les personnes dont la catégorie est Priorité 2 devraient être opérées dans un délai de deux semaines, mais la moitié d'entre elles attendent plus longtemps et certaines attendent même jusqu'à quatre semaines. Un hôpital ontarien a trouvé une solution. L'Hôpital général de North York a examiné la manière dont il coordonnait les soins du cancer et réalise désormais les interventions chirurgicales du cancer hautement prioritaires dans des délais de deux semaines.

Bien qu'il y ait beaucoup plus de machines IRM dans la province et que nous réalisions près de deux fois plus d'exams, nous sommes très loin de l'objectif d'attente de 28 jours. Les temps d'attente ont fluctué entre 90 et 120 jours pendant près de quatre ans, mais globalement, il n'y a pas eu beaucoup d'amélioration depuis 2005. Cela peut se traduire par un retard de traitement pour les problèmes de santé décelés par les IRM. Cela fait plusieurs années que ce problème persiste et nous sommes encore loin d'en connaître la raison.

Les temps d'attente pour les spécialistes sont également trop longs. La majorité des adultes malades en Ontario disent devoir attendre plus d'un mois avant de pouvoir consulter un spécialiste. À titre de comparaison, seulement une personne sur quatre attend aussi longtemps en Allemagne, aux Pays-Bas et aux États-Unis.

Le fait que les attentes pour entrer dans un foyer de soins de longue durée aient doublé au cours des deux dernières années, pour passer de 49 à 106 jours, nous inquiète beaucoup. Les personnes qui attendent d'être admises dans un foyer de soins de longue durée sont trop frêles pour vivre seules. Si elles attendent chez elles, il est probable qu'elles ne recevront pas les soins dont elles ont besoin. Si elles attendent à l'hôpital, leur état peut empirer en raison de l'immobilité et de l'absence de soutien pour

devenir aussi autonomes que possible. Les familles sont stressées dans l'un ou l'autre cas. D'autres provinces ont réduit leurs listes d'attente tout en ayant moins recours aux soins de longue durée ont trouvé d'autres solutions. Certaines localités de la province réussissent à renvoyer les gens chez eux avec plus de soutien au lieu de les diriger directement vers un foyer de soins de longue durée. Il serait possible de mieux gérer les temps d'attente, simplement en diffusant ces bonnes idées partout dans la province.

Des progrès réels ont été réalisés dans certains domaines depuis la mise en place de la Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente en 2004. Les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies de la cataracte ont été réduits : en septembre 2005, il fallait attendre 440 jours pour une chirurgie du genou. En décembre 2008, le temps d'attente était de 189 jours. Il fallait attendre 350 jours pour une arthroplastie de la hanche, alors que l'attente est maintenant de 162 jours. Les temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte sont passés de 310 jours à environ 103 jours durant la même période. Les temps d'attente pour les angiographies et les angioplasties ont diminué régulièrement depuis 2005 et la grande majorité des patients qui ont besoin d'un pontage coronarien sont traités en temps voulu.

Il est absolument essentiel que vos renseignements médicaux soient exacts et complets pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des soins qui vous sont prodigués. Le système de santé ontarien ne tire pas suffisamment parti de la technologie de l'information pour dispenser ces soins.

En 2007, seulement un médecin de famille ontarien sur quatre utilisait des fichiers électroniques, comparativement à 50 pour 100 pour l'Alberta, 98 pour 100 pour les Pays-Bas et 89 pour 100 pour le Royaume-Uni. Alors que 93 pour 100 des médecins britanniques utilisent des fichiers électroniques pour envoyer des rappels à leurs patients (p. ex., pour le dépistage du cancer), seulement 8 pour 100 des médecins canadiens le font.

Le Rapport sur les hôpitaux, qui est publié en Ontario chaque année, note dans quelle mesure les établissements utilisent la technologie de l'information. Un système entièrement intégré qui desservirait tous les services hospitaliers obtiendrait un total de 100 points. Au cours des deux dernières années, les plus grands hôpitaux universitaires ont obtenu près de 80 points tandis que les petits hôpitaux n'ont reçu qu'un peu moins de 50 pour 100. Mais le plus important, c'est que moins de 20 pour 100 des hôpitaux pouvaient communiquer l'information aux médecins ou aux organismes de la communauté. Ces faibles notes signifient que les hôpitaux ontariens ne disposent probablement pas de tous les systèmes d'information dont ils auraient besoin pour gérer des soins de santé complexes.

L'utilisation insuffisante de la technologie est l'un des plus gros obstacles à la qualité des soins en Ontario. Sans système informatique intégré, les données sont mal communiquées et les professionnels risquent de ne pas obtenir tous les renseignements dont ils ont besoin. Au pire, les patients risquent de faire l'objet

d'erreurs et d'oublis. Mais le plus souvent, les soins sont désorganisés, l'efficacité est réduite et les patients ont le sentiment de perdre leur temps.

Nous craignons que cette perte de temps ne mine la confiance du public envers le système de santé. Selon un sondage, 33 pour 100 des Ontariennes et Ontariens plus gravement malades* indiquent perdre leur temps à cause d'une mauvaise organisation des soins, soit plus que partout ailleurs au Canada et plus que dans six pays sur huit; aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, seulement 20 pour 100 des patients estiment perdre leur temps à cause d'une mauvaise organisation. En outre, 18 pour 100 des personnes interrogées ont indiqué avoir perdu leur temps parce que les résultats de leurs examens, fichiers médicaux ou lettres d'orientation n'étaient pas disponibles au moment de leurs rendez-vous, comparativement à 9 pour 100 pour les Pays-Bas. Finalement, 11 pour 100 des personnes interrogées ont indiqué avoir subi de nouveaux examens inutiles, par rapport à seulement 4 pour 100 pour les Pays-Bas. Il convient de souligner que près de 100 pour 100 des médecins de famille hollandais ont informatisé les fichiers médicaux de leurs patients.

Nous nous réjouissons du lancement de Cybersanté Ontario – nouvel organisme créé pour établir une stratégie provinciale cohérente d'utilisation de la technologie de l'information et améliorer les soins de santé. Cybersanté Ontario a jusqu'en 2015 pour réaliser la promesse du gouvernement de créer un fichier de santé électronique pour tous les Ontariens et Ontariennes. Les autres objectifs de l'organisme consistent à améliorer l'accès aux soins, à accroître la sécurité des patients et à aider ces derniers à gérer leurs soins.

Un véritable fichier de santé électronique est axé sur le patient et intègre les renseignements provenant de diverses sources en un seul endroit. Les gens doivent pouvoir accéder à leurs renseignements médicaux, car c'est un droit fondamental et parce que cela leur permet de participer activement à la prise de décision. Alors que le gouvernement a établi une date précise pour la mise en place d'un fichier médical électronique, nous n'avons pas encore tous les détails de la manière dont cet objectif sera réalisé. Pour préserver l'investissement des contribuables dans ce projet, il doit y avoir une définition claire de ce que le produit final sera, des étapes déterminantes qui seront suivies, et la présentation des rapports afin d'informer le public de la manière dont la mise en œuvre progresse en ce qui a trait à chaque étape. Nous souhaitons également que la population ait la possibilité de donner son point de vue en ce qui a trait à la conception et à la mise en place du fichier.

Malgré les quelques petites améliorations constatées, les personnes atteintes de maladies chroniques – notamment le diabète, les maladies du cœur et l'asthme – ne reçoivent pas tous les soins dont elles ont besoin.

Le problème de la non-informatisation des fichiers médicaux est le plus criant pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Les gens peuvent vivre normalement pendant des années tout en ayant une maladie chronique s'ils font l'objet d'un suivi attentif après que les symptômes ont été décelés et traités et avant que leur état ne s'aggrave.

Mais il y a de graves lacunes concernant le suivi, les médicaments et le soutien professionnel dont les malades chroniques ont besoin pour gérer leurs maladies et le coût de notre échec dans ce domaine est exorbitant. L'an dernier, nous avons calculé que près de 8 000 vies pourraient être sauvées chaque année et qu'on pourrait améliorer la vie de beaucoup plus de personnes grâce à une meilleure gestion des maladies chroniques. Moins de la moitié des Ontariennes et Ontariens souffrant du diabète réussissent à contrôler leur taux de glycémie et leur pression artérielle. Cette année, nous avons constaté qu'on pouvait apporter beaucoup d'améliorations, notamment en nous assurant que les personnes atteintes du diabète, qui ont subi une crise cardiaque ou souffrent d'une insuffisance cardiaque congestive reçoivent les bons médicaments. Les taux individuels d'utilisation des médicaments nécessaires au traitement de ces maladies (statines, bêta-bloquants et IEC/A/BRA) vont de 65 à 82 pour 100, mais devraient être de 90 pour 100 ou plus.

Le suivi des patients, les examens et les prescriptions dont les personnes atteintes de maladies chroniques ont besoin doivent se faire de manière routinière et exhaustive, à un niveau que seuls les fichiers informatiques peuvent atteindre. Les fichiers médicaux informatisés peuvent servir à rappeler aux soignants quand il est temps de passer un examen ou une visite de suivi, suivre les résultats et envoyer des alertes en cas de problème. Les Ontariennes et Ontariens atteints du diabète sont moins aptes que les gens d'autres pays à obtenir des examens réguliers des pieds et des yeux et les pays qui affichent les meilleurs taux de suivi, comme les Pays-Bas, sont également ceux qui utilisent le plus les fichiers médicaux électroniques.

Pour optimiser la santé, les soignants doivent encourager les malades chroniques à s'occuper eux-mêmes de leurs soins, mais seulement une personne sur trois atteintes d'une maladie chronique en Ontario a indiqué que son soignant lui avait demandé quels étaient ses objectifs personnels pour ce qui est de la gestion de ses soins.

* Notre source pour les soins prodigués à la population cette année est l'International Health Policy Survey of Sicker Adults 2008, du Fonds du Commonwealth. On a interrogé uniquement les personnes qui ont indiqué être en « assez bonne » ou en « mauvaise » santé à cause d'une maladie, d'une blessure ou d'une invalidité ayant nécessité beaucoup de soins, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale au cours des deux dernières années. Si le système ne fonctionne pas pour ces personnes particulièrement vulnérables, cela suggère de profonds problèmes de qualité pour tous.

On doit évidemment insister sur le fait qu'une bonne santé ne s'acquière pas uniquement par un bon système de santé. Beaucoup de facteurs différents contribuent à une bonne santé, dont certains peuvent être contrôlés. Nous aimerions voir les Ontariennes et Ontariens être davantage responsables de leur santé, en ayant une meilleure hygiène de vie, notamment en consommant plus de fruits et de légumes, en perdant du poids, en faisant plus d'exercice et en cessant de fumer. Il y a eu des progrès en ce qui a trait à la réduction du tabagisme entre 2001 et 2005, mais aucun progrès n'a été réalisé depuis et l'obésité et l'inactivité physique se sont accrues légèrement entre 2005 et 2007.

La bonne nouvelle, toutefois, est que les médicaments qui servent à réduire le cholestérol – les statines – sont prescrits à beaucoup plus de personnes atteintes du diabète, afin de réduire le risque de crise cardiaque, d'accidents vasculaires cérébraux et de décès (même si les taux pourraient être encore plus élevés). L'autre bonne nouvelle est que moins de gens vont à l'hôpital pour des crises d'asthme et il y a des signes que le Programme de soins primaires de traitement de l'asthme de l'Ontario fonctionne bien – après 12 mois, les participants ont indiqué une chute de 30 pour 100 des crises d'asthme, une chute de 34 pour 100 des symptômes asthmatiques pendant la journée et une chute de 49 pour 100 des absences scolaires.

L'accès aux médecins de famille ne s'est pas amélioré.

La proportion d'adultes ontariens qui n'ont pas de médecin de famille n'a pas bougé au cours des deux dernières années. Environ 7,4 pour 100 des adultes ontariens n'ont pas de médecin de famille et environ la moitié d'entre eux, soit 400 000 personnes, en cherchent un sans succès. Ce chiffre ne s'est pas amélioré au cours des deux dernières années.

Avoir un médecin de famille ne garantit pas l'accès en temps voulu aux soins de santé. Seulement une personne sur trois en Ontario (et partout au Canada) peut consulter son médecin le même jour ou le jour suivant lorsqu'elle est malade et a besoin de soins. Aux Pays-Bas, le pays le plus performant, les gens sont deux fois plus aptes que les Ontariens à voir un médecin dès qu'ils sont malades.

Le système de santé ontarien n'est pas aussi sûr que ce qu'il devrait être.

Nous savons que beaucoup de médicaments courants peuvent être dangereux pour les personnes âgées frêles, qui risquent le plus d'être susceptibles à leurs effets secondaires. Beaucoup de ces médicaments provoquent des vertiges et des chutes, ce qui peut parfois entraîner la mort. L'an dernier, en Ontario, une personne âgée sur 25 a reçu une prescription pour un médicament qui aurait pu lui nuire, malgré l'existence d'autres médicaments moins dangereux. Le taux de prescription de ces médicaments aux personnes âgées a diminué ces six dernières années, mais il est encore trop élevé.

Alors que les éclosoins de maladies infectieuses dans les hôpitaux constituent une tendance inquiétante, nous avons eu le plaisir de constater que la province a réagi aux inquiétudes du public en ordonnant la publication de rapports sur les taux d'infection à intervalle régulier. Ces rapports ont pour but de renseigner les patients et les soignants sur les dangers d'une mauvaise hygiène et encouragent les hôpitaux à déployer tous les efforts nécessaires pour enrayer la propagation des infections.

Nous sommes fort inquiets de constater que les travailleurs de la santé affichent des taux de blessures plus élevés que les mineurs ou les pompiers – et que les personnes qui travaillent dans des foyers de soins de longue durée sont les plus touchées, souvent en soulevant ou en déplaçant des patients. Une meilleure formation et un meilleur matériel contribueraient énormément à réduire ces taux.

L'Ontario a entamé un processus d'amélioration, mais le rythme doit s'accélérer.

Nous avons constaté de modestes améliorations de la qualité dans notre système de santé, ce dont nous sommes reconnaissants. Toutefois, les progrès sont trop lents et dans certains cas, les choses ne progressent plus du tout. Les chercheurs ontariens qui travaillent sur le projet Qualité sur mesure financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont récemment publié une analyse des systèmes de santé de pays qui obtiennent les meilleurs résultats en matière de qualité¹. Leurs études de cas indiquent que pour améliorer rapidement un système, il faut un leadership fort, une culture d'amélioration de la qualité, un personnel capable de gérer le changement, des incitatifs et des mesures de reconnaissance de la qualité, et des renseignements en temps réel sur la manière dont le système fonctionne et les domaines qui doivent être améliorés. Dans notre rapport, nous décrivons des exemples précis de rendement en Ontario et ailleurs où il a été prouvé que de meilleurs résultats sont possibles. Nous encourageons les soignants, les planificateurs et les décideurs à tirer les leçons des méthodes éprouvées et d'appliquer ces leçons.

1.4 Comment nous avons collecté, évalué et interprété les données

Le rapport du Conseil ontarien de la qualité des services de santé tient compte de données provenant de nombreuses sources, notamment les dossiers administratifs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, les données collectées par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences et l'Institut canadien d'information sur la santé, et des entretiens avec les patients menés par le Fonds du Commonwealth dans le cadre de l'International Survey of Sicker Adults. La méthodologie et les sources de données sont décrites en détail dans le rapport technique disponible sur notre site Web à <http://www.ohqc.ca/fr/yearlyreport.php>

2



On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur.

2.1 Introduction

Les neuf attributs de soins de santé de bonne qualité sont importants, mais l'accessibilité est probablement celui que les personnes remarquent le plus. Recevoir les soins dont on a besoin, au moment où en a besoin, est souvent la première chose à laquelle on pense lorsqu'on juge si le système de santé fonctionne.

L'accessibilité signifie que les gens ont un médecin de famille (qui collabore souvent avec une équipe et des infirmières et d'autres soignants) sur lequel ils peuvent compter pour leurs soins courants. Le médecin et l'équipe de soignants connaissent leurs antécédents médicaux, suivent leurs maladies chroniques, fournissent des soins de santé préventifs et orientent les patients vers des spécialistes, s'il y a lieu. L'accessibilité signifie également que lorsqu'une personne a besoin d'un service particulier, elle ne doit pas attendre trop longtemps pour l'obtenir.

Pour évaluer l'accessibilité en Ontario, nous avons étudié :

- le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens qui ont un médecin de famille;
- le nombre de personnes qui disent chercher un médecin de famille;
- les temps d'attente pour voir un spécialiste;
- les temps d'attente pour des opérations courantes, notamment les chirurgies du cancer;
- si des soins à domicile sont disponibles;
- les temps d'attente pour un placement dans un foyer de soins de longue durée;
- le temps qu'il faut pour obtenir un traitement aux urgences.

Certaines de nos mesures diffèrent légèrement de celles de l'an dernier, car les questions utilisées pendant la recherche ont été légèrement modifiées et nous avons obtenu beaucoup plus de détails sur les soins du cancer que par le passé. Nous avons constaté des changements positifs – et très peu de tendances inquiétantes.

2.1.1 Principales conclusions au sujet de l'accessibilité

- Les temps d'attente pour de nombreuses interventions chirurgicales ont diminué et nous atteignons nos objectifs en ce qui a trait aux temps d'attentes pour la chirurgie de la cataracte, la plupart des chirurgies du cancer et les pontages coronariens. Mais les personnes qui souffrent du cancer ont souvent besoin d'être opérées d'urgence et les temps d'attente

sont beaucoup trop longs. Les temps d'attente sont également beaucoup trop longs pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les examens par tomographie assistée par ordinateur et par IRM.

- Environ 800 000 adultes ontariens, soit 7,4 pour 100, n'ont pas de médecin de famille. Parmi ces personnes quelque 400 000 Ontariennes et Ontariens recherchent activement un médecin. Ces chiffres ne se sont pas améliorés au cours des deux dernières années.
- Avoir un médecin ne garantit pas qu'on obtiendra les soins dont on a besoin quand on en a besoin. Comparativement aux personnes gravement malades dans d'autres pays, les attentes sont beaucoup plus longues pour les adultes ontariens plus gravement malades qui ont besoin de consulter leur médecin généraliste; ils attendent aussi plus longtemps pour voir un spécialiste, plus d'un mois en moyenne.
- Les attentes sont beaucoup trop longues pour les foyers de soins de longue durée; elles peuvent durer plusieurs mois et la plupart des gens ne sont pas admis dans le foyer qu'ils ont choisi en premier. Ces attentes peuvent être stressantes pour la personne concernée et se traduire par un fardeau très lourd pour les personnes qui doivent s'occuper d'elle à la maison. Les personnes qui attendent à l'hôpital d'être admises dans un foyer de soins de longue durée peuvent empêcher d'autres patients d'être hospitalisés et contribuent encore plus à l'engorgement des urgences.

Sondage des adultes plus gravement malades 2008, Fonds du Commonwealth

Vous constaterez qu'il est souvent question des expériences vécues par des « adultes plus gravement malades » dans ce rapport. Cela s'explique par le fait que l'une de nos principales sources d'information était l'International Health Policy Survey of Sicker Adults (2008) du Fonds du Commonwealth. On a interrogé uniquement les personnes qui ont indiqué être en « assez bonne » ou en « mauvaise » santé à cause d'une maladie, d'une blessure ou d'une invalidité ayant nécessité beaucoup de soins, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale au cours des deux dernières années. Si le système ne fonctionne pas pour ces personnes particulièrement vulnérables, cela suggère de profonds problèmes de qualité pour tous.

2.2 Accès aux urgences

2.2.1 Pourquoi est-ce important?

Les urgences sont souvent le premier contact que les personnes nécessitant des soins d'urgence ont avec le système de santé. Beaucoup de gens se rendent aux urgences : il y a environ quatre visites aux urgences par an pour chaque 10 personnes qui vivent dans la province². Les attentes trop longues aux urgences sont une perte de temps, causent le mécontentement des gens à l'égard du système et poussent parfois certaines personnes à quitter l'hôpital sans avoir vu un médecin³.

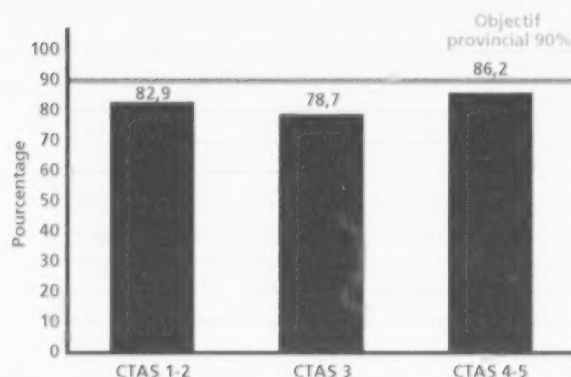
La durée des attentes aux urgences peut aussi être un signe d'engorgement, lorsque les urgences sont si débordées que les ambulances doivent être détournées vers d'autres hôpitaux. Cela est particulièrement dangereux pour les personnes gravement atteintes, par exemple celles qui ont des douleurs à la poitrine, car tout retard de traitement accroît le risque de décès⁴.

Cette année, nous avons étudié deux mesures importantes de la manière dont les urgences en Ontario fonctionnent : le temps qu'il faut pour obtenir un traitement et le temps écoulé entre le moment où on arrive aux urgences et où on les quitte (pour aller chez soi ou dans une chambre d'hôpital). Le gouvernement de l'Ontario a établi des points de référence pour le temps que les personnes devraient passer aux urgences, compte tenu de la gravité de leur état (définie par la Canadian Trauma Acuity Scale ou CTAS; la cotation 1 s'appliquant aux patients ayant le plus besoin de soins et la cotation 5 aux moins malades). Le but est de traiter 90 pour 100 des patients dans ces délais. La manière dont les données sont collectées a été modifiée en 2007-2008, de sorte qu'il n'est pas possible d'étudier les tendances en ce qui a trait à la durée du traitement.

2.2.2 Qu'avons-nous constaté?

Selon les dernières données disponibles, quelle que soit la gravité de la maladie des personnes qui se rendent aux urgences, il est possible d'améliorer la manière dont on progresse vers la réalisation de l'objectif provincial d'administrer leur traitement. Les choses sont relativement meilleures pour les personnes moins gravement malades (groupes cotés 4 et 5), mais en ce qui concerne les cas les plus graves (cotés 1 ou 2), ces personnes devraient être vues dans les délais recommandés.

Pourcentage des soins administrés aux urgences dans les délais recommandés en Ontario, 2007-2008

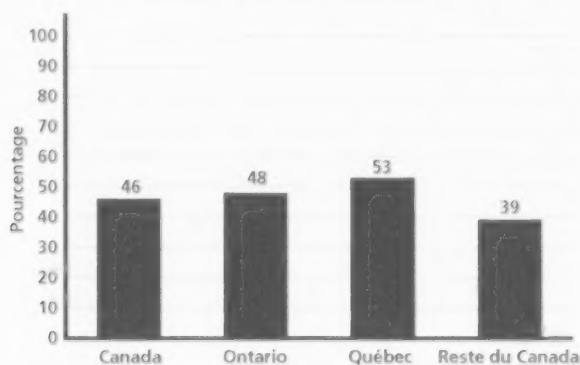


Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Niveaux de priorité de la CTAS	1-2 (élevé)	3	4-5 (faible)
Durée recommandée pour chaque visite	8 heures	6 heures	4 heures

Bien que nous soyons proches, nous sommes en deçà de l'objectif de 90 pour 100 des visites aux urgences selon les délais recommandés.

Pourcentage d'adultes plus gravement malades qui ont attendu deux heures ou plus pour obtenir un traitement après leur arrivée aux urgences, au Canada et dans d'autres provinces, 2008



Source : International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2008, Fonds du Commonweal

Environ 50 pour 100 des adultes ontariens plus gravement malades attendent deux heures aux urgences, moins qu'au Québec, mais plus que dans le reste du Canada.

2.2.3 Pourquoi des attentes aux urgences?

- **Lenteur du transfert des patients prêts à sortir.** Lorsqu'il n'y a pas de lit de libre dans un hôpital, les patients sont obligés de rester aux urgences, parfois pendant plusieurs jours. Ainsi, on manque de place pour les nouveaux patients, ce qui engorge encore plus les urgences. D'après les responsables des urgences, là réside le noeud du problème et d'après une étude réalisée au Canada, ce problème compte pour les deux tiers des attentes inutiles aux urgences⁵. Les hôpitaux sont complets parce que certains patients sont prêts à en sortir, mais ils ne le peuvent pas, car les services dont ils ont besoin dans leur localité ne sont pas disponibles, comme les soins de longue durée ou les soins à domicile. Le terme technique utilisé pour ces personnes est « patients nécessitant un autre niveau de soins ».
- **Mauvaise coordination.** Une visite aux urgences comporte plusieurs étapes, dont la consultation avec une infirmière ou un médecin et des examens ou des procédures. Parfois, les attentes entre ces étapes sont longues, en raison d'une mauvaise communication ou coordination, ou parce que le personnel, les fournitures ou le matériel n'étaient pas disponibles au moment voulu.
- **Demande inutile.** Certaines personnes qui se rendent aux urgences n'ont pas besoin de soins urgents et auraient pu se rendre dans un cabinet médical ou une clinique. Les personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou celles qui ne peuvent pas voir leur médecin de famille vont parfois aux urgences.

2.2.4 Que fait-on ailleurs pour réduire les attentes aux urgences?

Les longues attentes et l'engorgement des urgences sont un problème partout au Canada et aux États-Unis. Il n'y a pas de solution unique; pour résoudre le problème, il faut agir à divers niveaux. Il est absolument indispensable de réduire le nombre de patients qui attendent un autre niveau de soins. Améliorer les soins à domicile fait partie des stratégies pour y parvenir; il faudrait aussi offrir des services de soutien à domicile aux personnes âgées, ainsi que des soins infirmiers sur place et fournir aux médecins des outils de décision informatisés pour les aider à évaluer l'état de ces personnes lorsqu'il convient de les admettre ou de les renvoyer chez elles.

Il y a de nombreuses idées pour améliorer la manière dont fonctionnent les urgences⁶, par exemple : simplifier les étapes de prestation des soins, créer un service de consultation rapide pour les cas moins graves, ouvrir des unités spéciales pour les patients qui doivent être sous observation pendant plusieurs heures et répartir les interventions non urgentes tout au long de la semaine (afin de libérer les salles d'opération pour les personnes ayant besoin de soins urgents). Les autres approches comprennent l'établissement de plans spéciaux de gestion lorsque l'hôpital est complet, mettre en place des horaires flexibles (pour convoquer du personnel supplémentaire en heures de pointe ou permettre aux employés de rester chez eux en périodes creuses) et mettre en place des systèmes informatisés afin de savoir où sont les patients à tout moment et d'émettre des alertes lorsqu'il est temps d'agir.

2.2.5 Que fait-on en Ontario?

En mai 2008, la province a annoncé une stratégie afin d'améliorer les soins et de réduire les attentes aux urgences, promettant de consacrer 109 millions de dollars à cette stratégie en 2008-2009. Ce montant comprend 39,5 millions de dollars pour un fonds pour la performance des hôpitaux afin d'améliorer la performance des 23 salles des urgences où les attentes sont les plus longues et pour améliorer les systèmes informatisés ainsi que les efficacités. La stratégie provinciale comprend 38,5 millions de dollars pour la prestation de soins à domicile, les services de soutien personnel et d'aide familiale et 22 millions de dollars pour les réseaux locaux d'intégration des services de santé afin qu'ils puissent créer leurs propres solutions pour que les patients qui le peuvent quittent l'hôpital plus rapidement⁷. De plus, cet investissement comprend : 4,5 millions de dollars pour que de nouvelles équipes dirigées par du personnel infirmier puissent prodiguer davantage de soins aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée et éviter qu'ils ne se rendent aux urgences et 4,5 millions de dollars pour recruter des infirmières et infirmiers qui s'occuperont des personnes qui arrivent aux urgences en ambulance afin de réduire les temps d'attente des ambulances.

La Stratégie de réduction des temps d'attente aux urgences comprend également le programme d'amélioration du processus afin d'améliorer le cheminement des patients et les soins aux urgences et autour des urgences⁸. Cette stratégie est étayée par un Système de production de rapports sur les services des urgences, désormais mis en œuvre dans 128 salles des urgences en Ontario, qui recueillent des données importantes sur les temps d'attente. Le Système de production de rapports sur les services des urgences est également mis à jour afin de saisir des données sur les patients qui attendent un transfert dans un établissement de soin plus approprié, ainsi que sur l'endroit où ils attendent et les soins qu'ils attendent.



2.2.6 Étude d'un cas de réussite : Gain de temps et amélioration de la sécurité des patients grâce à un cheminement plus rapide aux urgences de l'Hôpital général de North York

Situation : L'Hôpital général de North York, hôpital universitaire communautaire comprenant plusieurs établissements, reçoit quelque 75 000 patients aux urgences chaque année. Compte tenu de ce nombre important de patients, la salle des urgences est souvent très engorgée et les patients ne recevaient pas les soins dont ils avaient besoin aussi rapidement qu'ils le devaient.

Un cheminement efficace des patients accroît la sécurité et la satisfaction de ces derniers, réduit les temps d'attente et améliore également la satisfaction du personnel. L'hôpital a déterminé quatre domaines où le cheminement des patients devait être amélioré : dans la salle des urgences, entre les urgences et le service de médecine interne générale, au sein du service de médecine interne générale et entre l'hôpital et le centre d'accès aux soins communautaires.

Objectifs : L'hôpital avait trois objectifs – réduire les temps d'attente aux urgences, améliorer la satisfaction des patients et réduire le nombre des patients qui partaient des urgences sans avoir consulté (l'objectif est de 4 pour 100).

Mesures :

- Durée moyenne du séjour,
- Durée moyenne de l'attente avant de voir un médecin,

- Durée moyenne entre le moment où la décision est prise d'admettre un patient et le moment où le patient est hospitalisé.

Changements : L'Hôpital général de North York a utilisé une méthode d'amélioration de la qualité appelée Lean Tools, « outils rationalisés », afin de réduire le gaspillage au travail sous toutes ses formes et de créer un cadre de travail productif et un passage au sein du système qui soit aussi bon et aussi efficace que possible pour le patient. Les équipes d'amélioration de la qualité ont organisé une série d'événements « Kaizen », dans le cadre desquels les membres du personnel ont réservé plusieurs jours en dehors de leurs journées de travail pour analyser les causes des problèmes de qualité, détailler les diverses étapes de la prestation des soins et réfléchir à la manière d'éliminer les processus qui gaspillent du temps, de l'espace ou d'autres ressources. Après chaque événement Kaizen, les équipes ont testé ou mis au point toutes les idées d'amélioration qu'elles avaient trouvées. Ce travail s'est déroulé de novembre 2006 à 2008.

La salle des urgences a été divisée en trois zones : zone vert/soins ambulatoires pour les personnes dont l'état n'est pas très grave (entorses, foulures, petites blessures ou blessures nécessitant des points de suture), zone jaune/maladies subaiguës (douleurs abdominales, douleurs de la poitrine non cardiaques, douleurs dans le dos, etc.), et zone de soins actifs (p. ex., pour les patients cardiaques). L'Hôpital général de North York a déterminé les problèmes suivants et proposé des solutions :



Attentes inutiles et causes	Ce que North York a fait...
<p><i>Les patients qui auraient pu voir un médecin ne le pouvaient pas parce qu'il n'y n'avait pas de salle d'examen de libre. La plupart du temps, il faut un lit pendant quelques minutes seulement afin de permettre au médecin ou à l'infirmière d'examiner le patient. Autrefois, le patient v de voir le médecin et les résultats du laboratoire dans un lit.</i></p>	<p>L'hôpital a créé des aires spéciales dans chaque zone où les patients peuvent s'asseoir dans des fauteuils en attendant de voir le médecin ou l'infirmière ou pendant qu'ils reçoivent un traitement, par exemple une intraveineuse. Ces fauteuils peuvent aussi être utilisés par les patients qui se sentent bien, mais ont besoin d'être branchés sur un moniteur cardiaque pendant quelques heures. La salle d'examen et les lits sont utilisés uniquement pendant l'examen ou une procédure spéciale.</p>
<p><i>Il y a des « moyens plus rapides » de procéder, mais on ne le fait pas toujours. Les gens appliquent souvent des méthodes différentes.</i></p>	<p>L'hôpital a mis au point des procédures normalisées et s'est assuré que le personnel connaît bien ces procédures. Par exemple, un protocole standard indique au personnel infirmier quand certains examens de laboratoire ou des radiographies doivent être prescrits, avant que le médecin examine le patient, afin d'accélérer les choses.</p>
<p><i>Les résultats de laboratoire ou des radiographies sont disponibles, mais le médecin ne le sait pas. Le patient attend inutilement.</i></p>	<p>L'hôpital a mis sur pied un système de contrôle visuel pour chaque zone où toutes les fiches sont disposées sur une étagère de manière particulière afin de permettre au médecin de déterminer s'il doit étudier des résultats au moyen d'un simple coup d'oeil sur le système.</p>
<p><i>Les patients admis à l'hôpital attendent qu'un porteur d'hôpital soit disponible pour les monter à l'étage.</i></p>	<p>Le personnel a déterminé que c'était plus économique d'affecter un porteur d'hôpital aux urgences pendant les heures de pointe.</p>
<p><i>Il faut trop de temps pour trouver l'appareil (par exemple un déambulateur) qui permettra aux patients de se déplacer en toute sécurité lorsqu'ils sont autorisés à sortir de l'hôpital.</i></p>	<p>L'hôpital a placé une « place aux déambulateurs » à côté de la salle des urgences.</p>
<p><i>Les personnes attendent plus longtemps pour certains types de services (p. ex., radiographies) en période de pointe.</i></p>	<p>L'hôpital a organisé l'emploi du temps de manière à ce qu'il y ait davantage d'employés de disponibles pendant les heures de pointe.</p>
<p><i>Lorsque le médecin change de quart et qu'un autre médecin prend la relève, le patient doit attendre encore plus longtemps et la somme de travail s'en trouve alourdie.</i></p>	<p>L'hôpital a modifié l'emploi du temps des médecins afin qu'ils passent la première partie de leur quart dans la zone des soins actifs, la deuxième partie dans la zone des affections subaiguës et la dernière partie dans la zone des soins ambulatoires (affections moins graves). Ainsi, les médecins ont le temps de suivre les cas les plus graves jusqu'au bout sans avoir à transférer les soins à un autre médecin. Tous les quarts ont une durée de quatre heures pour que les heures de travail des médecins soient également réparties dans chaque zone.</p>
<p><i>Une fois que la décision d'admettre un patient a été prise aux urgences, le personnel gaspille du temps en appelant les différents services pour savoir si un lit est disponible.</i></p>	<p>L'hôpital a mis en place un système de contrôle des lits qui donne des renseignements en temps réel sur chaque lit. Grâce à ce système, il n'est plus nécessaire d'appeler chaque service et on peut savoir quand un lit sera libre et la future demande.</p>
<p><i>Les membres du personnel perdent du temps à discuter entre eux afin de savoir dans quel service un patient doit être admis après le passage aux urgences.</i></p>	<p>L'hôpital a créé une matrice de décision normalisée afin de déterminer les services les plus appropriés pour les patients, outil qui a été très bien accueilli par les membres du personnel.</p>
<p><i>Les lits restent vides en attendant d'être nettoyés.</i></p>	<p>Grâce au nouveau système de gestion des lits et des téléavertisseurs dont ont été dotés les membres du personnel responsable du nettoyage, ce problème a été éliminé.</p>

Selon le personnel de l'Hôpital général de North York, beaucoup d'autres changements ont été effectués tout au long du cheminement du patient, dont un processus d'autorisation de sortie plus efficace; toutes ces initiatives contribuent à réduire les temps d'attente aux urgences.

Résultats : Entre novembre 2006 et septembre 2008, l'Hôpital général de North York a obtenu les résultats suivants :

- la durée moyenne du séjour est passée de 8,3 à 6,3 heures pour les affections subaiguës et de 3,1 à 2,7 heures pour les soins ambulatoires;
- la durée moyenne d'attente dans la zone des affections subaiguës a diminué, passant d'une moyenne de 3,3 heures à 2,8 heures, et de 2,2 heures à 1,7 heure dans celle des soins ambulatoires;
- la durée moyenne entre le moment où la décision d'admettre un patient est prise au moment où le patient est hospitalisé a diminué, passant de 11,5 heures à 4,6 heures;
- le nombre de patients qui partent des urgences sans consulter a diminué de 7 pour 100.

L'Hôpital général de North York a reçu le prix Canadian Healthcare Excellence in Quality Award (CHEQA) 2008 pour ses initiatives innovatrices ayant pour but de réduire les attentes aux urgences.

Étapes suivantes :

- Le Physician at Triage Event, qui aura lieu dans le courant du printemps 2009, a pour but de réduire les attentes et la durée totale du séjour aux urgences. Cet événement dure toute une semaine. L'équipe mettra au point un emploi du temps pour les médecins qui travaillent avec le personnel infirmier de triage.
- L'Hôpital général de North York espère collaborer avec des organismes communautaires, par exemple les centres d'accès aux soins communautaires, St. Elizabeth Health Care, les centres de réadaptation et les cliniques, afin de réduire le nombre de visites aux urgences et d'hospitalisation. L'équipe responsable de l'amélioration continue de mettre au point un plan général pour améliorer la satisfaction des patients.

2.2.7 Que pouvez-vous faire?

Si vous ne savez pas si vous devez aller ou non aux urgences, demandez conseil à votre médecin ou à Télésanté Ontario (1 866 797-0000).

Visitez le site http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_timesf/wait_mnf.html pour les attentes aux salles des urgences ou rendez-vous à www.yourhealthcareoptions.com pour savoir quelles sont les autres options ou alternatives aux urgences.

Arrivez aux urgences préparé : ayez toujours sur vous une liste de vos problèmes de santé, des médicaments que vous prenez et de vos allergies.

Faites-vous vacciner contre la grippe – les épidémies de grippe peuvent entraîner un engorgement des salles des urgences.



2.3 Accès aux soins primaires

2.3.1 Pourquoi est-ce important?

Les soins primaires sont des soins de base qui durent toute la vie et comprennent les services préventifs (p. ex., les immunisations et les conseils relatifs à une bonne hygiène de vie) ainsi que l'identification et le traitement des problèmes de santé, qu'ils soient nouveaux ou de longue durée, comme le diabète ou les maladies du cœur. La plupart des Ontariennes et Ontariens obtiennent des soins primaires de leur médecin de famille.

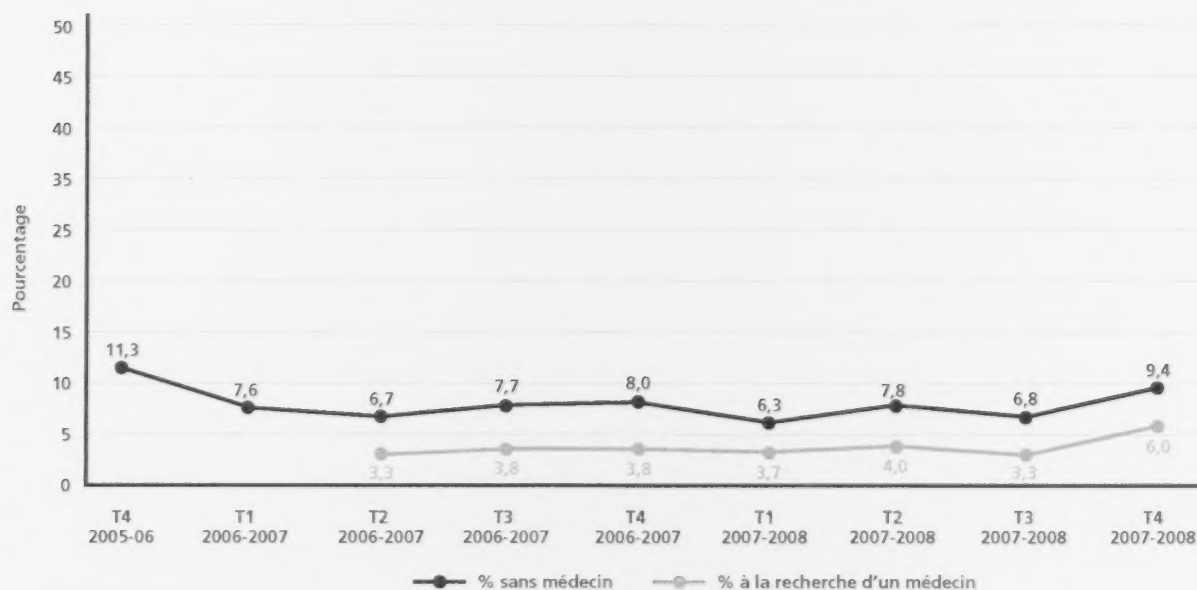
Les professionnels des soins primaires sont des « contrôleurs », qui formulent des recommandations et coordonnent les soins spécialisés dont vous pourriez avoir besoin. Si vous ne bénéficiez pas de soins primaires bien organisés, par exemple un médecin de famille, ou si vous ne pouvez pas consulter votre médecin de famille quand vous en avez besoin, vous pourriez avoir à choisir entre consulter un médecin qui ne connaît pas vos antécédents médicaux, aller aux urgences ou attendre et voir votre état s'aggraver. Chacune de ces solutions peut avoir des conséquences négatives sur la santé et se traduire par un gaspillage de temps et d'argent.



2.3.2 Qu'avons-nous constaté?

L'Ontario a encore beaucoup de difficulté à assurer l'accès aux soins primaires. On n'a constaté aucune amélioration au cours des deux dernières années.

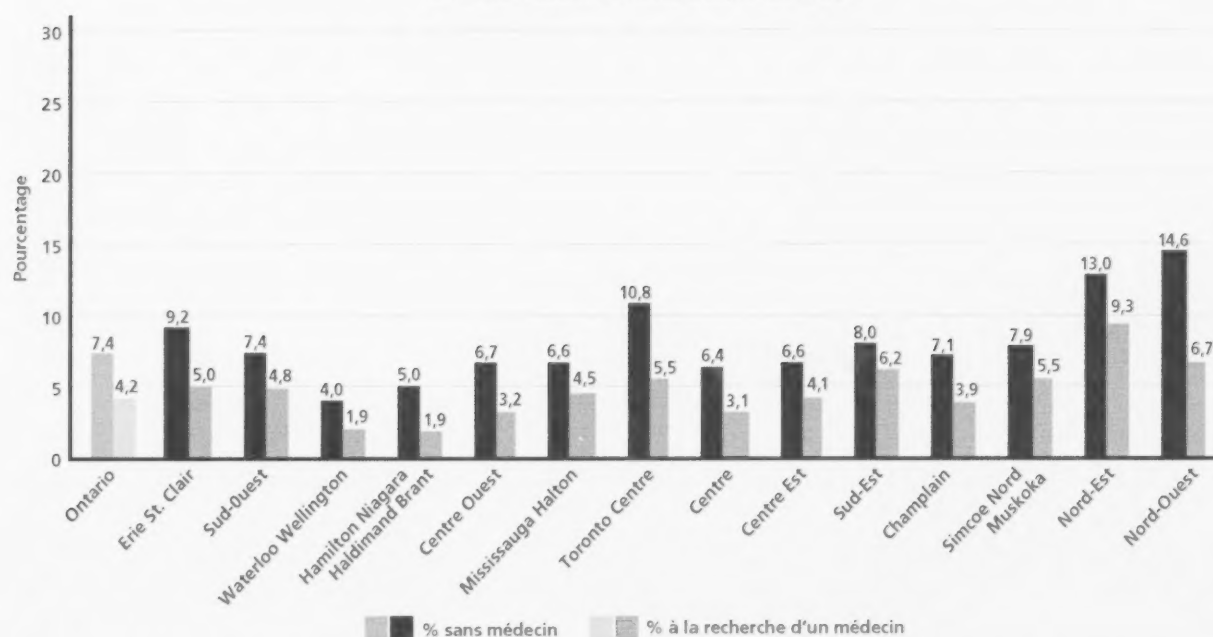
Pourcentage d'adultes (âgés de 16 ans et plus) qui n'ont pas de médecin de famille et pourcentage de personnes parmi ce groupe à la recherche d'un médecin en Ontario, 2005-2006 à 2007-2008 par trimestre d'exercice.



Source: Institute for Clinical Evaluative Sciences - Sondage sur l'accès aux soins primaires (sondage téléphonique d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 16 ans et plus)

La proportion d'Ontariennes et d'Ontariens qui n'ont pas de médecin de famille est restée la même au cours des deux dernières années. Environ 7,4 pour 100 des adultes, soit quelque 800 000 adultes ontariens, n'ont pas de médecin de famille et un peu plus de la moitié d'entre eux en cherchent un sans succès. Ces chiffres ne se sont pas améliorés au cours des deux dernières années.

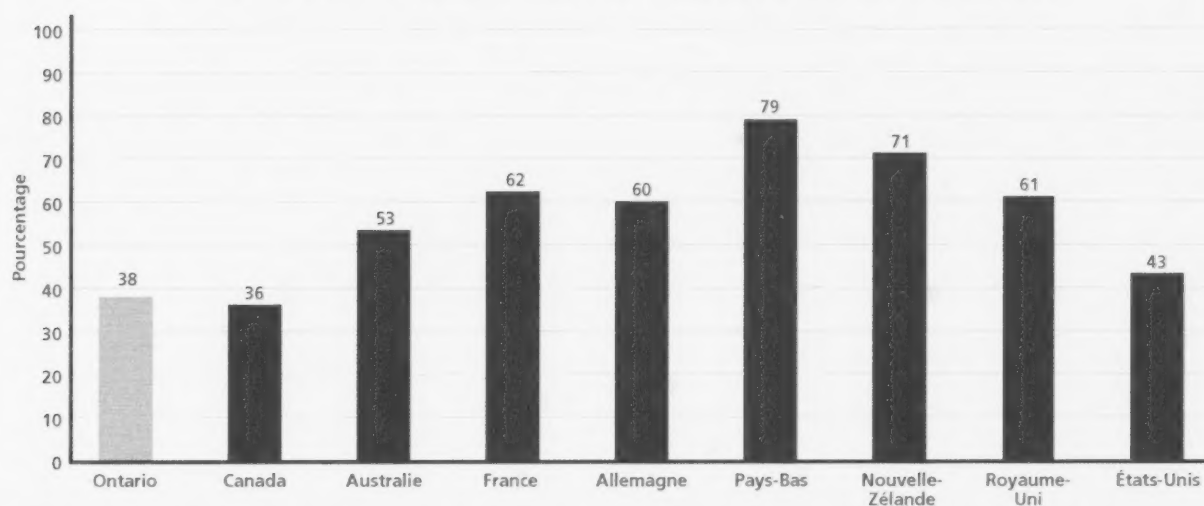
Pourcentage d'adultes (âgés de 16 ans et plus) qui n'ont pas de médecin de famille et pourcentage de personnes parmi ce groupe à la recherche d'un médecin en Ontario, 2007-2008



Source: Institute for Clinical Evaluative Sciences - Sondage sur l'accès aux soins primaires (sondage téléphonique d'Ontariennes et Ontariens âgés de 16 ans et plus)

Les difficultés que les gens ont à trouver un médecin de famille varient selon les régions de la province; les habitants du Nord-Est de l'Ontario ont beaucoup plus de mal.

Pourcentage d'adultes plus gravement malades qui ont pu voir leur médecin le même jour ou le jour suivant la dernière fois qu'ils ont été malades ou avaient besoin de soins, en Ontario et par pays, 2008



Source: International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2008, Fonds du Commonwealth

Les habitants de l'Ontario et du Canada sont moins aptes que ceux d'autres pays à consulter leur médecin le même jour ou le jour suivant lorsqu'ils sont malades et ont besoin de soins. Les habitants des Pays-Bas, le pays le plus performant, ont deux fois plus de chances que les Ontariens de consulter un médecin rapidement lorsqu'ils sont malades.

2.3.3 Pourquoi tous les Ontariens n'ont-ils pas de médecin traitant?

- **Demande.** La population de l'Ontario s'accroît et l'âge moyen des Ontariennes et Ontariens augmente – à mesure que les gens vieillissent, les problèmes de santé s'aggravent, de sorte que les médecins sont de plus en plus débordés. Il y a aussi de nombreux cas où les médecins ne gèrent pas bien leur temps, par exemple, lorsqu'ils voient un patient pour un problème qui aurait pu être réglé au téléphone ou une situation qui aurait pu être évitée si le patient avait été mieux renseigné sur son état.
- **Offre.** Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas suffisamment de médecins de famille en Ontario, et le problème est pire dans certaines régions que dans d'autres. Le nombre de médecins de famille par habitant a augmenté, mais de très peu seulement depuis 2002 (voir la section 8.3.6), et cette hausse ne suffit pas à répondre aux besoins de la population.
- **Nombre insuffisant d'équipes de soins primaires.** Le Canada est à la traîne derrière d'autres pays en ce qui a trait à la création d'équipes au sein desquelles les médecins de famille travaillent avec le personnel infirmier, le personnel infirmier praticien et d'autres professionnels⁹. Ces équipes se partagent les soins en confiant les patients à la personne la plus apte à régler le problème. Ces équipes réduisent la charge de travail des médecins de famille qui peuvent ainsi voir plus de patients.
- **Modification du style de vie des médecins.** Les médecins plus jeunes veulent des vies différentes, et souhaitent passer plus de temps avec leur famille que les médecins plus âgés¹⁰. Il y a également une proportion plus élevée de médecins de sexe féminin et beaucoup de ces femmes souhaitent travailler moins pour pouvoir s'occuper de leurs familles¹¹.
- **Certains Ontariens pensent ne pas avoir besoin de médecin de famille.** Les jeunes et les personnes en bonne santé ne cherchent pas tous à avoir un médecin traitant. Le problème est qu'ils négligent parfois de se faire vacciner contre la grippe ou de demander conseil sur la manière d'avoir une bonne hygiène de vie.

Pourquoi les Ontariens doivent-ils attendre pour consulter leurs médecins alors qu'ils en ont un?

- **Le médecin a trop de patients.** Certains médecins ont de la difficulté à gérer leur cabinet parce qu'ils ont trop de patients, surtout en période de pointe, par exemple pendant la saison des gripes.
- **Mauvaise gestion.** Beaucoup de médecins ont un nombre raisonnable de patients, mais ne savent pas gérer au mieux le cheminement des patients et la demande. Il existe des moyens efficaces d'exploiter un cabinet afin d'assurer que les gens qui ont besoin de voir le médecin puissent le faire rapidement.

2.3.4 Pratiques exemplaires

Les médecins peuvent réduire considérablement les temps d'attente pour leurs patients en adoptant un système de rendez-vous appelé « accès accéléré » ou « efficacité améliorée ». Comme

pour la plupart des projets d'amélioration de la qualité, il faut commencer en prenant des mesures de base. Le cabinet détermine quand la demande est la plus forte et fixe les rendez-vous en conséquence. Les médecins qui sont très en retard travaillent de plus longues heures ou emploient davantage d'employés pour rattraper le retard. Selon la recherche, moins de gens manquent leurs rendez-vous si celui-ci n'est pas pris trop à l'avance, cela crée également plus de souplesse dans l'emploi du temps.

En Grande-Bretagne, le National Primary Care Collaborative a eu recours à « l'accès avancé » pour régler les problèmes de retard dans les soins primaires. Plus de 5 000 cabinets s'occupant de 34 millions de patients ont participé. Ils ont modifié leurs horaires et emploi du temps et donné plus de conseils au téléphone et par courriel. Dans ces cabinets, les temps d'attente se sont améliorés de 70 pour 100, passant de cinq jours à moins d'un jour, et l'attente pour consulter une infirmière a diminué de 60 pour 100¹².

2.3.5 Que fait-on en Ontario?

Le Quality Improvement & Innovation Partnership (QIIP) aide les équipes Santé familiale à améliorer l'accès en améliorant l'efficacité du cabinet. Environ 10 pour 100 des cabinets de soins primaires de l'Ontario y participent.

Le programme Accès Soins, annoncé pendant l'automne 2008 par la province, orientera les patients qui n'ont pas de médecin de famille vers un fournisseur de soins de santé familiale dans leur région.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a invité des offres de service pour ouvrir des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien à Sault Ste. Marie, Erie-St. Clair (près de Windsor) et au Réseau local d'intégration de services de santé du Nord-Ouest. Le personnel infirmier praticien peut prodiguer un grand nombre de soins de santé primaires, qu'il s'agisse d'administrer des vaccins ou d'aider les personnes atteintes de maladies chroniques (par exemple insuffisance cardiaque) à rester en bonne santé. Les médecins de famille qui travaillent avec du personnel infirmier peuvent prendre davantage de patients que quand ils travaillent seuls.

Le ministère a collaboré avec les facultés de médecine de l'Ontario pour créer 151 nouveaux postes de médecine familiale entre 2004-2005 et 2007-2008, ce qui représente une augmentation de 75 pour 100. D'autres augmentations du nombre de places dans les facultés de médecine familiale sont prévues. Le ministère promeut également de nouveaux modèles d'exercice pour améliorer l'équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle et faire de la médecine familiale un choix de carrière plus attrayant.

2.3.6 Étude d'un cas de réussite : Réduire les temps d'attente de 63 pour 100

Situation : L'Équipe Santé familiale New Vision de Kitchener est un cabinet de soins primaires très occupé qui comprend des médecins, des infirmières et infirmiers, du personnel infirmier praticien, des pharmaciens, des diététistes, des travailleurs sociaux

et des éducatrices et éducateurs. Le principal médecin, le Dr Mel Cescon a 2 600 patients, fait des accouchements et enseigne la médecine familiale à l'Université McMaster. Les patients du Dr Cescon avaient du mal à obtenir un rendez-vous assez rapidement – ils devaient attendre 13,5 jours, ce qui créait un engorgement dans la clinique et affectait l'accès aux soins.

Objectif : Réduire les temps d'attente à moins de sept jours.

Mesures : L'équipe New Vision a évalué les temps d'attente jusqu'au troisième prochain rendez-vous disponible. Les troisièmes rendez-vous sont le moyen normalisé d'évaluer les temps d'attente; ils sont considérés comme étant plus fiables que d'évaluer le prochain rendez-vous disponible, car une annulation soudaine peut faire en sorte que de longues attentes apparaissent soudainement très raccourcies, alors qu'elles se rallongent rapidement une fois que l'annulation est comblée.

Changements : L'équipe New Vision a mis en place plusieurs efficacités, entre autres en affectant une partie de la charge de travail du Dr Cescon à d'autres membres de l'équipe, en fixant tous les rendez-vous de maternité à un jour de la semaine et en affectant une infirmière à la clinique prénatale afin de tirer parti des compétences de cette personne pour que le médecin puisse voir plus de femmes en moins de temps.

L'équipe New Vision a également ajouté temporairement deux cliniques d'une heure par semaine à l'emploi du temps du Dr Cescon pour rattraper le retard dans les consultations des patients et elle continue à revoir chaque semaine son emploi du temps pour déterminer les rendez-vous inutiles, par exemple les patients dont les besoins pourraient être satisfaits par un autre membre

de l'équipe. On a également amélioré les efficacités en demandant systématiquement aux patients de plus de 50 ans de faire certaines analyses de sang et en inscrivant tous les ultrasons et d'autres résultats d'examen récents dans leur dossier avant la consultation. L'équipe New Vision utilise un modèle d'amélioration de la qualité planifier-faire-étudier-agir lorsqu'elle apporte des changements, en testant chaque idée sur un petit échantillon et en l'adaptant au besoin pour qu'elle produise les meilleurs résultats dans le cabinet.

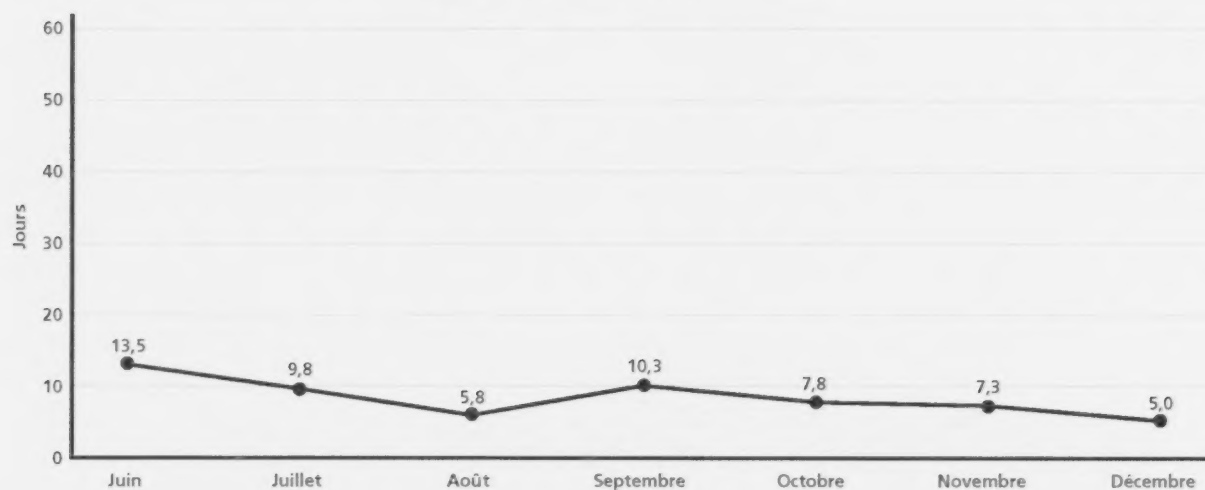
Résultats : En moins de deux mois, les temps d'attente pour les rendez-vous ont diminué de 63 pour 100 pour passer à 5,8 jours, ce qui était encore mieux que l'objectif visé.

Étapes suivantes : L'équipe New Vision envisage de poursuivre ses efforts afin de réduire les retards et d'améliorer le cheminement des patients. Elle cherchera également d'autres moyens d'améliorer l'accès aux soins, les mettant à l'essai à l'aide de cycles planifier-faire-étudier-agir.

2.3.7 Que pouvez-vous faire?

Vous pouvez vous inscrire au programme Accès Soins en appelant le ministère de la Santé au numéro sans frais 1 800 445-1822. Bientôt, les Ontariennes et Ontariens auront l'option de s'inscrire en ligne sur le site « Vos options de soins de santé » du ministère (<http://www.health.gov.on.ca/ms/optionsdesoinsdesante/public/index.html>). Ce site Web contiendra également des renseignements sur les ressources en matière de santé locale, comme les médecins de famille, les centres de soins d'urgence et les cliniques sans rendez-vous.

**Nombre de jours avant la prochaine 3e rendez-vous disponible
à l'Équipe Santé Familiale New Vision, 2008**



Source: L'Équipe Santé Familiale New Vision, 2008

2.4 Temps d'attente pour les interventions, les examens et les chirurgies spécialisées

2.4.1 Pourquoi est-ce important?

Les attentes pour les chirurgies spécialisées et l'imagerie de pointe (les examens par tomodensitométrie et IRM) font la une depuis une décennie. Les longues attentes pour les arthroplasties de la hanche ou du genou signifient que beaucoup de personnes souffrent plus longtemps de douleurs profondes. Les longues attentes pour la chirurgie de la cataracte signifient que les gens souffrent plus longtemps d'une mauvaise vision et tombent plus souvent¹³. Les longues attentes pour les chirurgies du cancer, les pontages coronariens, l'angioplastie, les examens par tomodensitométrie

ou IRM pourraient aggraver l'état de santé du patient et l'exposer au risque de subir des complications ou même de décéder. Environ 200 000 opérations sont effectuées en Ontario¹⁴ et les attentes trop longues se traduisent par de l'anxiété inutile pour le patient¹⁵.

En 2003, les provinces et le gouvernement fédéral ont réagi aux inquiétudes à l'égard des attentes en convenant de les réduire. En 2004, l'Ontario a lancé la Stratégie de réduction des temps d'attente, qui s'est traduite par une hausse du nombre de chirurgies effectuées, a établi des objectifs pour les temps d'attente (voir le Tableau 1 ci-dessous), créé un système d'information pour suivre les attentes et présenter des rapports au public, et mis en place des modèles de soins innovateurs visant à améliorer l'efficacité et la qualité.

Les temps d'attente pour l'Ontario

Procédures	Priorité 1 (Urgence immédiate)	Priorité 2 (Urgence élevée)	Priorité 3 (Urgence moyenne)	Priorité 4 (Urgence faible)
Chirurgie de cataracte	Immédiatement	6 semaines	12 semaines	26 semaines
Arthroplastie de la hanche et du genou	Immédiatement	6 semaines	12 semaines	26 semaines
Chirurgie de cancer	Immédiatement	2 semaines	4 semaines	12 semaines
IRM et examen par tomodensitométrie	Immédiatement	48 heures	2 à 10 jours	4 semaines
Chirurgie coronarienne (pontage coronarien, angiographie et angioplastie)	Les objectifs sont fixés pour chaque patient.			

Source : Stratégie de réduction des temps d'attente, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Commentaire : L'attente pour une chirurgie commence le jour où le chirurgien décide d'opérer et le patient accepte jusqu'au jour où la chirurgie est effectuée. Les temps d'attente visés varient selon le degré de priorité, indiquant la gravité de l'état, déterminée par le principal médecin.

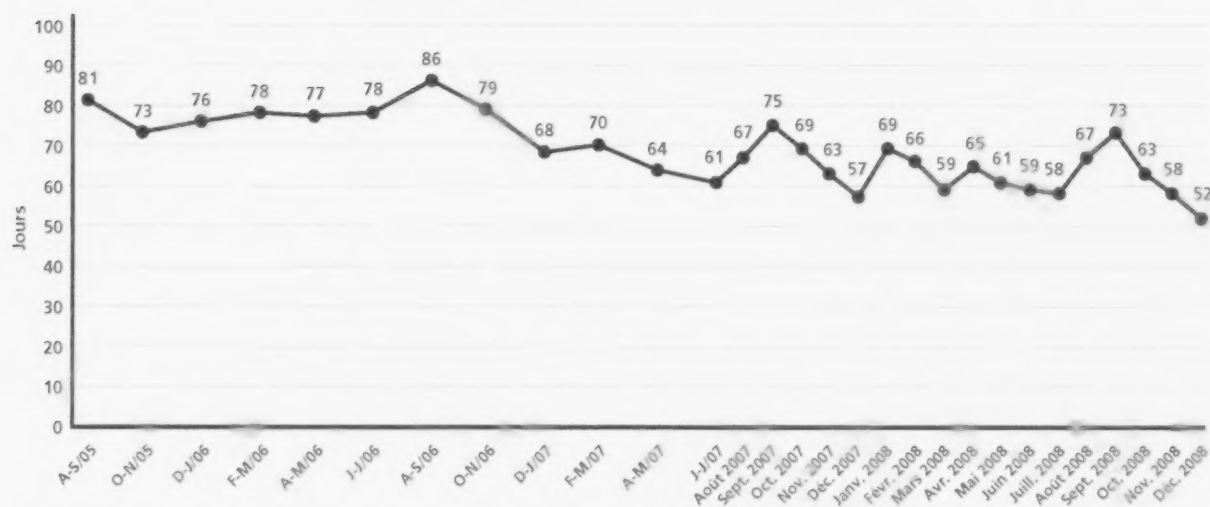


2.4.2 Qu'avons-nous constaté?

Les attentes ont diminué considérablement pour de nombreux types de chirurgie et les examens par imagerie de pointe, mais dans certains cas, les objectifs ne sont toujours pas réalisés. Notre plus grande inquiétude concerne l'impossibilité de réduire les attentes pour les cas de cancer hautement prioritaires et les examens par IRM.

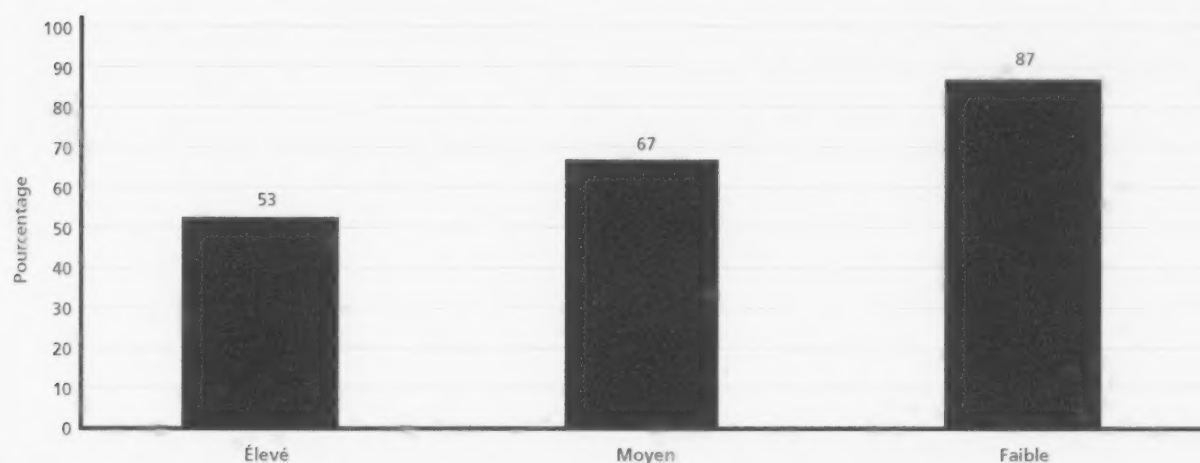
Les attentes pour les chirurgies du cancer ont diminué à partir de 2005 jusqu'à la fin de 2008, mais les patients qui ont besoin de chirurgie d'urgence attendent encore trop longtemps. Les cas hautement prioritaires sont le plus gros problème : seulement environ la moitié des patients atteints du cancer qui ont besoin d'une chirurgie d'urgence (en moins de deux semaines) sont opérés en temps voulu. En décembre 2008, les temps d'attente en 90^e percentile pour les cas hautement prioritaires étaient de 29 jours – deux fois plus que l'objectif (14 jours). Pour les cas

Temps d'attente en 90^e percentile pour les chirurgies du cancer en Ontario, août-septembre 2005 à décembre 2008



Source : Système d'information sur les temps d'attente, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Proportion mensuelle moyenne de patients qui obtiennent une chirurgie du cancer dans les délais prévus par priorité en Ontario, 2008



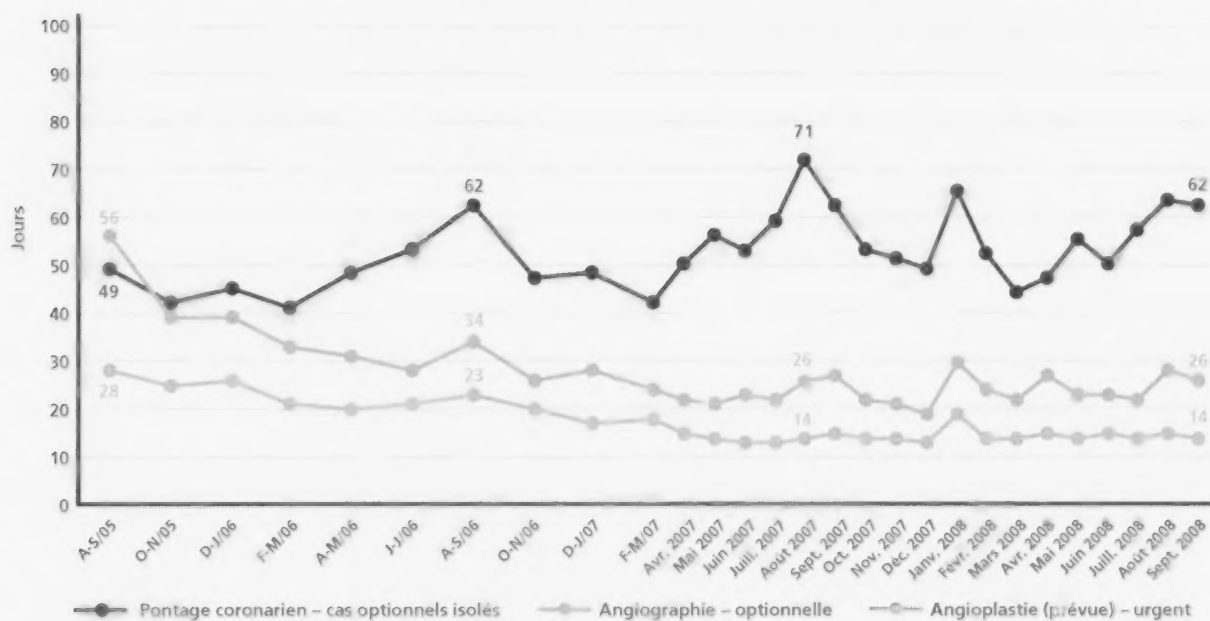
Source : Information sur les temps d'attente en Ontario, programme Accès aux soins, Action Cancer Ontario.



moyennement prioritaires, les temps d'attente en 90^e percentile étaient de 44 jours – bien plus que l'objectif de 28 jours. Si certaines attentes sont raisonnables et même nécessaires pour planifier le traitement approprié, les gens devraient être soignés dans les

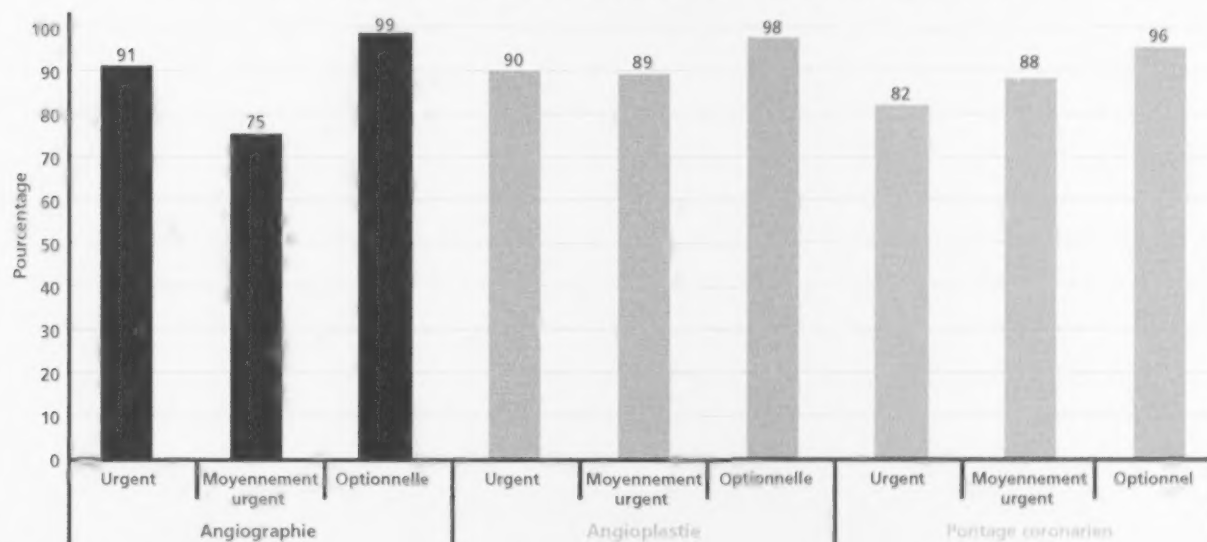
délais recommandés pour obtenir les meilleurs résultats et réduire au minimum leur anxiété. Nous devons réduire les attentes pour les chirurgies du cancer encore plus.

Temps d'attente en 90^e percentile pour les chirurgies coronariennes en Ontario, août-septembre 2005 à septembre 2008



Source : Réseau de soins cardiaques

Proportion mensuelle moyenne de patients qui obtiennent une angiographie, une angioplastie et un pontage coronarien dans les délais prévus par priorité en Ontario, janvier-octobre 2008

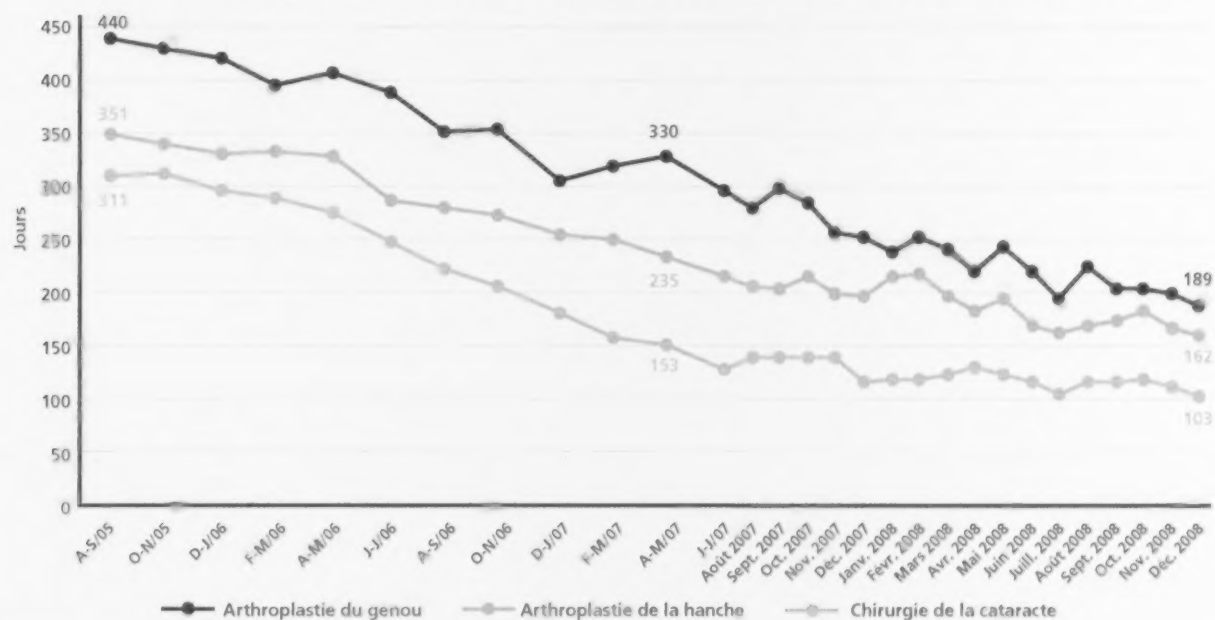


Source : Réseau de soins cardiaques

Les résultats de la stratégie de réduction des temps d'attente sont meilleurs dans le domaine des soins cardiaques que dans d'autres domaines. Les attentes pour l'angiographie et l'angioplastie ont diminué régulièrement depuis 2005 et se sont maintenues au même niveau pour les pontages coronariens. Globalement, la grande majorité des patients qui ont besoin d'une intervention cardiaque

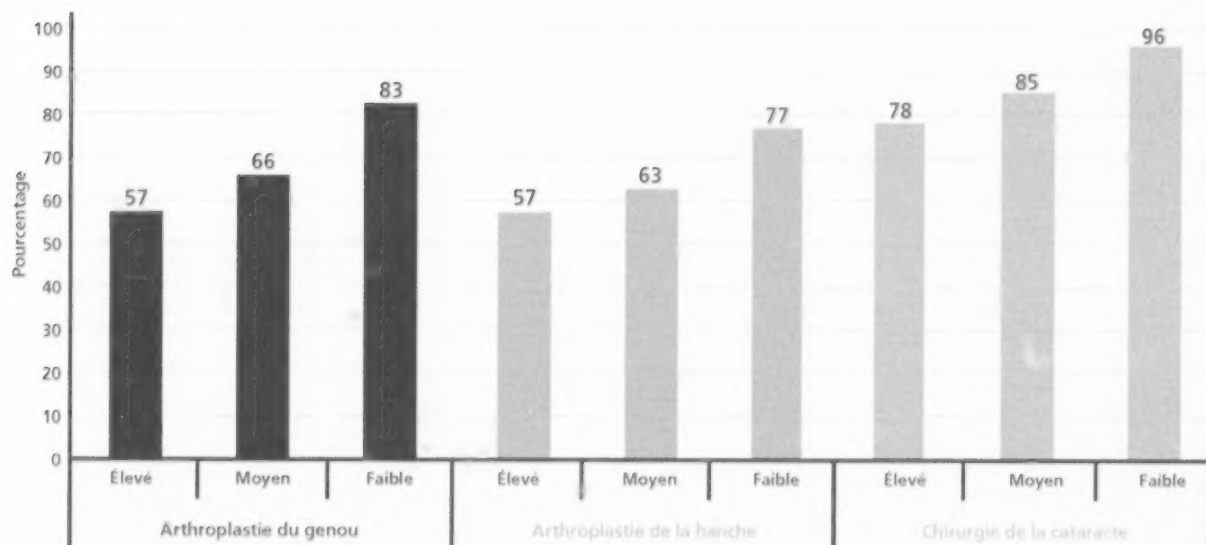
sont traités dans les délais prévus. Bien que les données donnent à entendre que les attentes pour les pontages coronariens pourraient être améliorées pour les patients nécessitant cette intervention d'urgence, cela prend souvent du temps pour les stabiliser avant la chirurgie. Dans la majorité des cas urgents, les patients sont suivis de près par l'hôpital en attendant de subir leur intervention.

Temps d'attente en 90^e percentile pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies de la cataracte en Ontario, août-septembre 2005 à décembre 2008



Source : Système d'information sur les temps d'attente, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Proportion mensuelle moyenne de patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, ou une chirurgie de la cataracte dans les délais prévus par priorité en Ontario, 2008



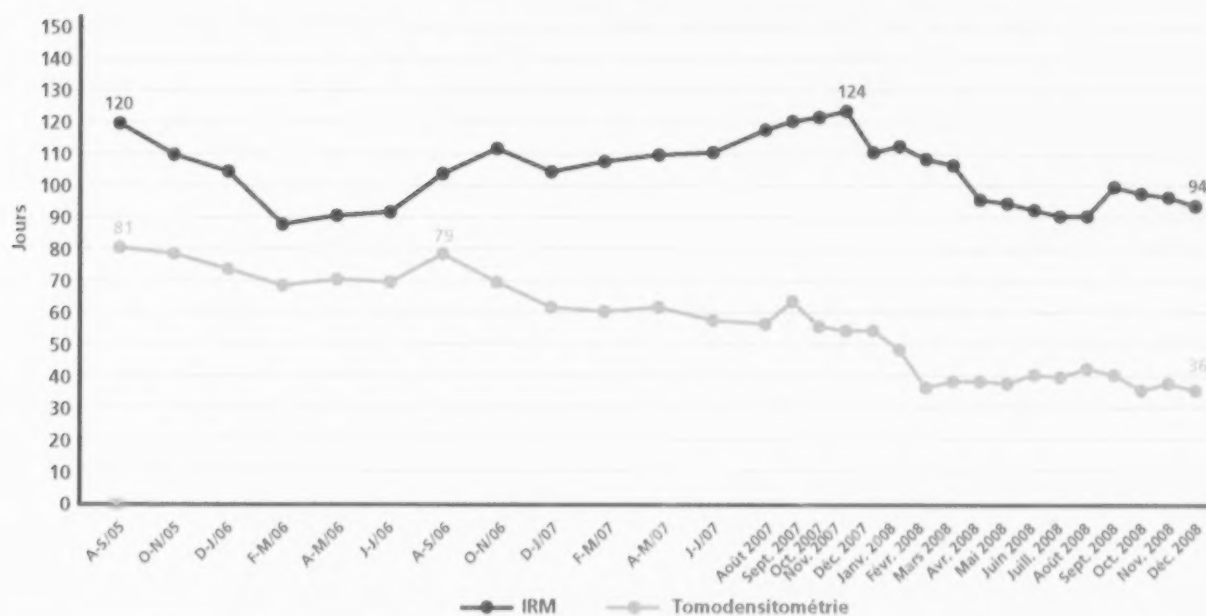
Source : Système d'information sur les temps d'attente, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou diminuent régulièrement depuis 2005. Toutefois, nous devons raccourcir ces attentes encore plus pour atteindre nos objectifs, notamment pour les cas hautement prioritaires. Les

temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte ont diminué entre 2005 et 2007 et sont demeurés relativement stables depuis. La chirurgie de la cataracte est un domaine où la grande majorité des patients se font opérer dans les délais prévus.

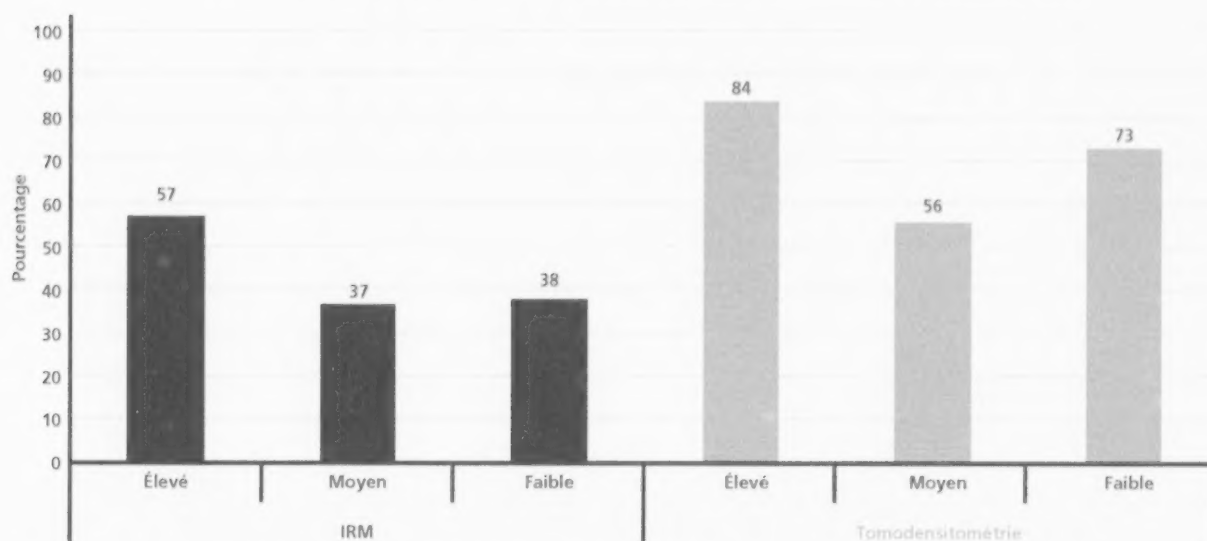


Temps d'attente en 90^e percentile pour les examens par IRM et tomodynamométrie en Ontario, août-septembre 2005 à décembre 2008



Source : Système d'information sur les temps d'attente, ministère de la Santé et des soins de longue durée

Proportion mensuelle moyenne de patients qui passent des examens par IRM ou tomodynamométrie dans les délais prévus par priorité en Ontario, 2008



Source : Système d'information sur les temps d'attente, ministère de la Santé et des soins de longue durée

Les temps d'attente pour les examens par tomodynamométrie ont diminué régulièrement entre 2005 et 2007, mais sont demeurés stables en 2008. Les temps d'attente pour les examens par IRM ont augmenté et diminué au cours des quatre dernières années, mais, globalement, aucune amélioration importante ne s'est

produite depuis 2005. Moins de la moitié des patients subissant un examen par IRM et environ les deux tiers des patients faisant l'objet d'examen par tomodynamométrie obtiennent ces examens dans les délais recommandés.

2.4.3 Pourquoi les attentes sont-elles encore trop longues?

- **Soins inappropriés.** Il est possible que certains des services offerts ne soient pas vraiment nécessaires, car l'état du patient n'est pas assez grave ou parce qu'un autre traitement ou examen pourrait faire l'affaire. Le fait de traiter les gens inutilement se traduit par des retards dans les soins pour les gens qui en ont besoin. Il existe des lignes directrices pour les chirurgies de la cataracte¹⁶ ou quand une arthroplastie de la hanche ou du genou¹⁷ est nécessaire, mais pas pour les examens par tomodensitométrie et IRM.
- **Mauvaise coordination.** Des délais peuvent survenir en raison d'une mauvaise coordination de tous les éléments qui doivent être mis en place pour appuyer les soins. Le manque de coordination dans la prise en charge des diverses sortes d'examen ou dans le transfert d'un patient d'un soignant à l'autre peut aussi contribuer à la longueur des attentes. Cette situation est aggravée par l'absence de système informatisé qui faciliterait la planification. Pour coordonner des chirurgies, il faut prévoir des heures dans les salles d'opération avec le personnel approprié, notamment les chirurgiens, le personnel infirmier, les techniciens et les anesthésistes et s'assurer que des lits sont disponibles dans le service de soins intensifs et de chirurgie.
- **Insuffisances des services.** Si le taux des demandes pour une intervention est plus élevé que le nombre qui peut être réalisé, nous prévoyons que les attentes augmenteront au fil du temps. Mais nous ne devons pas conclure que nous ne faisons pas assez jusqu'à ce que nous ayons d'abord essayé d'éliminer les services inappropriés.
- **Il y a un grand nombre de cas accumulés.** Il est possible que nous fournissions le bon nombre de services maintenant, mais qu'un grand nombre de cas se soient accumulés. Imaginez ceci : votre baignoire est pleine et l'eau est en train de s'écouler. Or, le robinet est toujours ouvert, de sorte que la baignoire ne peut jamais se vider. Pour régler le problème, vous devez accroître la quantité d'eau qui doit s'écouler jusqu'à ce que la baignoire se vide, puis revenir au taux précédent d'écoulement. Autrement dit, si le nombre de cas accumulés est trop important, nous devons temporairement accroître le nombre d'interventions afin de rattraper le retard et d'éliminer les temps d'attente en même temps.

2.4.4 Que fait-on en Ontario?

La Stratégie de réduction des temps d'attente comportait la création d'un système d'information sur les temps d'attente, base de données qui publie des rapports sur les attentes à l'intention du public (http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_times/wait_mnf.html) et est utilisée comme un outil de planification et d'amélioration de la qualité par le ministère, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les organismes individuels lorsqu'ils essaient de réaliser leurs objectifs, qui sont établis par

le ministère et le réseau. La division de l'informatique Accès aux soins d'Action Cancer Ontario fournit un soutien en matière de rapport et d'analyse au système et envoi des rapports mensuels sur le rendement au ministère et aux réseaux locaux d'intégration des services de santé. Elle gère également iPort Access, l'outil qui permet au ministère, au réseau d'intégration et aux hôpitaux de visionner leurs données sur les temps d'attente et de les analyser en fonction de leurs besoins.

Le gouvernement provincial a annoncé des objectifs pour trois autres types de chirurgie en octobre et a consenti une somme supplémentaire de 11 millions de dollars pour payer 8 240 interventions chirurgicales générales supplémentaires. Les attentes répondent déjà aux objectifs en matière de chirurgie générale, qui comprend les opérations de la vésicule biliaire, la réparation des hernies, les chirurgies ano-rectales et certaines chirurgies intestinales¹⁸. Ce montant supplémentaire a pour but de maintenir ces objectifs. Des objectifs ont également été établis pour les chirurgies orthopédiques et ophtalmiques. On ne nous a pas dit si des efforts sont déployés pour évaluer la pertinence des opérations ou si des mesures sont prises pour éliminer les retards.

Le budget de 2008 annonçait un investissement de 17 millions de dollars au cours des trois prochaines années pour financer cinq machines IRM supplémentaires, ce qui permettrait d'effectuer 21 900 examens de plus par an.

Action Cancer Ontario surveille activement et gère les temps d'attente pour tous les types de chirurgies du cancer. L'organisme a établi des plans d'action prédéterminés et des clauses d'indexation dans leurs ententes avec les hôpitaux qui effectuent des chirurgies du cancer pour assurer une intervention immédiate lorsque les attentes pour les chirurgies sont trop longues.

2.4.5 Étude d'un cas de réussite : Hôpital général de North York – attentes pour le traitement des personnes qui ont le cancer.

Situation : L'Hôpital général de North York est un hôpital communautaire qui effectue diverses sortes de chirurgies de cancers communs, notamment le cancer du sein, du côlon, des poumons et de la prostate. Il participe à la Stratégie de réduction des temps d'attente du ministère de la Santé depuis 2006.

Objectifs : L'Hôpital général de North York s'était donné comme objectif de diminuer les temps d'attente dans tous les niveaux prioritaires des chirurgies du cancer et d'atteindre ou de surpasser les objectifs provinciaux (décrits ci-dessus). Il s'était également donné comme objectif de réaliser un objectif établi par le Réseau local d'intégration des services de santé du centre en vertu duquel 90 pour 100 des patients devraient pouvoir se faire opérer en moins de 51 jours.

Mesure : Les temps d'attente pour les chirurgies du cancer par niveau de priorité, décrits ci-dessus.

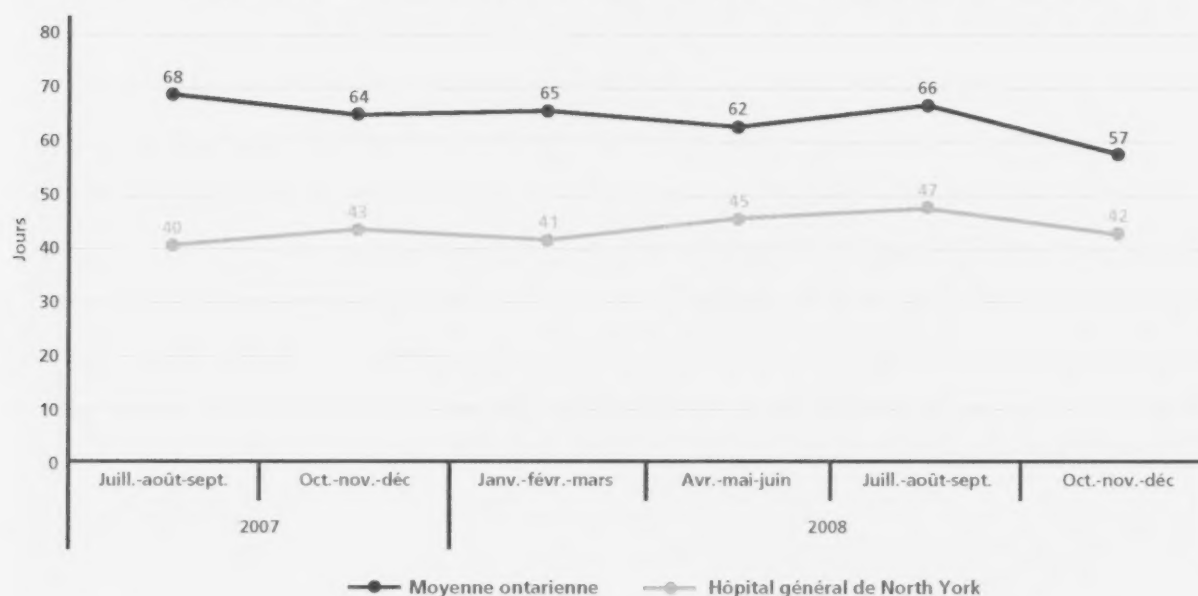
Changements :

- L'hôpital a recruté un coordonnateur de la Stratégie de réduction des temps d'attente qui suit tous les cas de chirurgie du cancer par niveau de priorité, surveille les dates de réservation et les objectifs qui n'ont pas été atteints, et participe à l'établissement de plans d'action afin d'aider les médecins et les programmes à atteindre les objectifs établis.
- L'emploi du temps des salles d'opération est surveillé de près afin d'assurer que toutes les chirurgies sont effectuées dans les délais prévus. Des périodes ont été réservées pour les chirurgies du cancer.
- On a organisé des conférences multidisciplinaires sur le cancer sur le thème de l'amélioration des soins afin d'assurer que les bons soins sont prodigués au bon moment.
- L'hôpital informe tous les membres du personnel, y compris les médecins, au sujet du système d'information sur les temps d'attente et les objectifs qui doivent être atteints.

- Les leaders du programme de chirurgie et du programme d'Action Cancer collaborent étroitement pour suivre les temps d'attente.
- Un système complet de gestion des lits a été établi afin de faire le compte des lits qui sont disponibles à tout moment et des protocoles normalisés ont été établis pour placer le bon patient dans le bon lit (voir également l'étude de cas de la section 2.2.6). En procédant ainsi, on évite d'annuler une chirurgie au dernier moment parce qu'il n'y a pas de lits disponibles.

Résultats : En 2008, 97 pour 100 des cas prioritaires niveau 2, 99,5 pour 100 des cas prioritaires niveau 3 et 100 pour 100 des cas prioritaires niveau 4 ont été traités dans les délais prévus. Les temps d'attente de l'Hôpital général de North York sont restés stables au cours des 18 derniers mois et sont maintenant bien en deçà de la moyenne des hôpitaux ontariens.

Temps d'attente en 90e percentile pour les chirurgie du cancer en Ontario avec un comparaison de L'Hopital général de North York, Juillet 2007 à Décembre 2008.



Source : Stratégie de réduction des temps d'attente, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

2.4.6 Que pouvez-vous faire?

Si votre médecin vous dit que vous avez besoin d'une opération, discutez des options avec lui avant de consulter un chirurgien. Il pourrait y avoir des médecins ou des hôpitaux où les temps d'attente sont moins longs. Ce renseignement est disponible à http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_times/wait_mnf.html.



2.5 Accès aux spécialistes

2.5.1 Pourquoi est-ce important?

Les médecins de famille ne peuvent pas fournir tous les services dont les patients ont besoin. Pour des soins plus complexes, ils doivent orienter les gens vers un spécialiste. Cela arrive souvent – pour chaque groupe de 10 personnes qui ont un médecin de famille, il y a six recommandations pour consulter un spécialiste par an¹⁹.

L'attente avant de voir un spécialiste peut être très stressante pour le patient, surtout s'il doit le consulter au sujet d'un état inquiétant comme le cancer. Les retards dans des traitements spécifiques, comme une chirurgie, signifient que le patient doit subir une douleur plus longtemps ou des limites physiques tout en craignant que le problème risque d'empirer en attendant²⁰. Les retards peuvent être encore plus longs si le patient n'a pas de médecin de famille et se rend aux urgences ou dans une clinique sans rendez-vous.

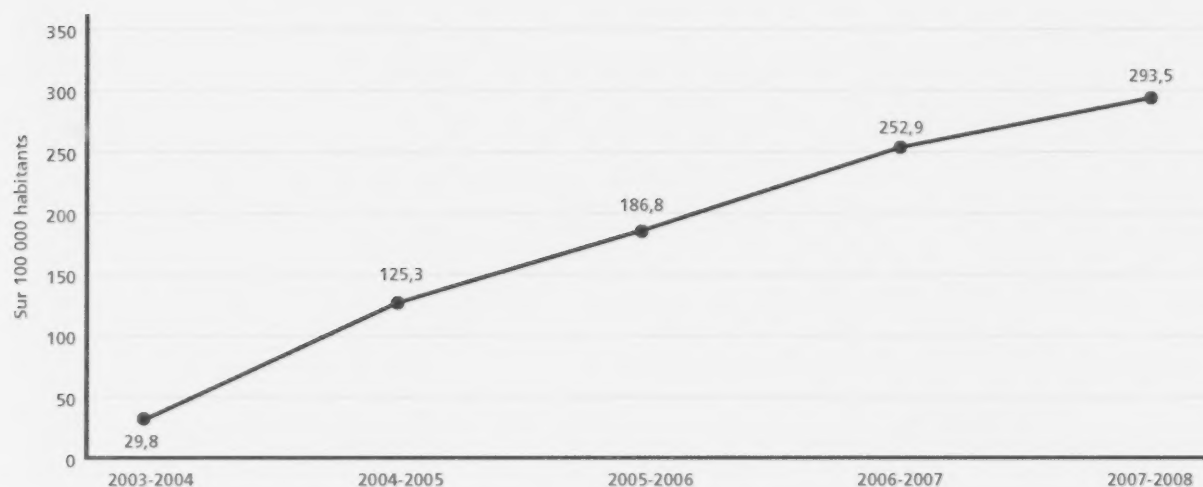
Pour beaucoup d'Ontariens, l'accès aux spécialistes est limité en raison de la distance. Les personnes qui vivent dans des régions éloignées ou rurales doivent souvent subir un long voyage pour voir un spécialiste, et le coût, le temps et la difficulté associés au déplacement peuvent les empêcher d'obtenir tous les soins dont ils ont besoin.

Dans cette section, nous examinons les temps d'attente pour voir un spécialiste et le recours à la télémédecine, qui permet aux patients vivant dans des régions éloignées de consulter des spécialistes par vidéoconférence.

2.5.2 Qu'avons-nous constaté?

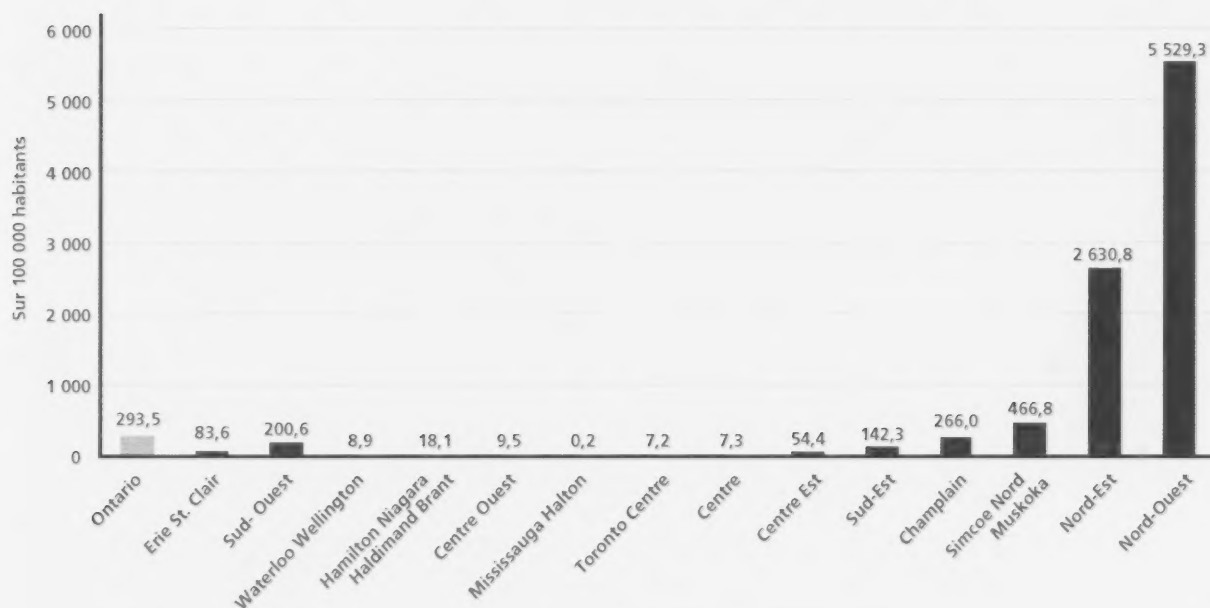
Le recours à la télémédecine s'accroît rapidement, ce qui réduit considérablement les voyages et les inconvénients pour les personnes qui doivent voir un spécialiste. Toutefois, les Canadiens et les Ontariens attendent beaucoup plus longtemps que les habitants d'autres pays pour voir un spécialiste.

**Proportion de patients dans une population de 100 000 habitants
qui ont recours à la télémedecine en Ontario, 2003-2004 à 2007-2008**



Source : Réseau télémedecine Ontario et Institute for Clinical Evaluative Sciences (dossiers de la population de l'Ontario)

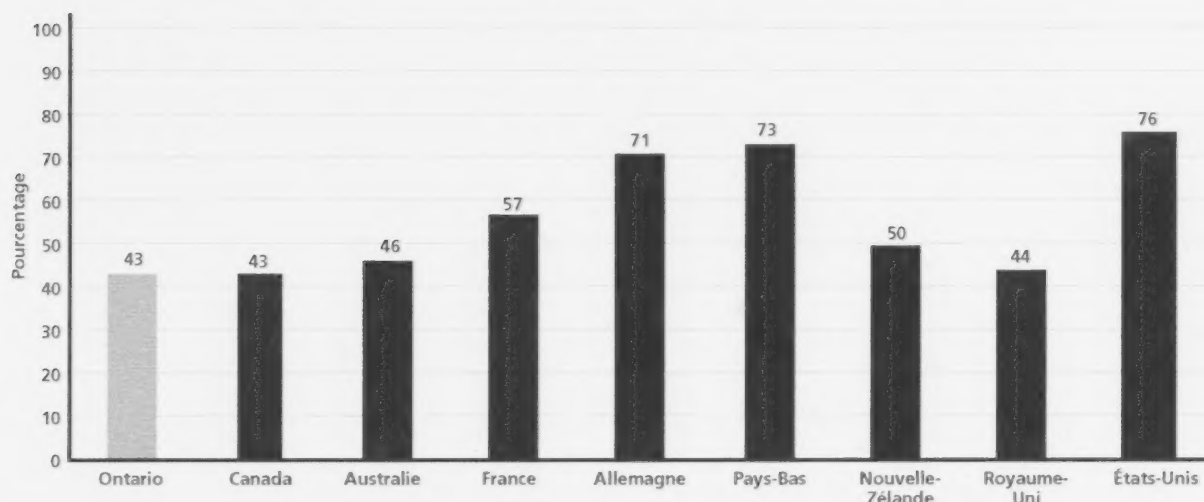
**Proportion de patients dans une population de 100 000 habitants
qui ont recours à la télémedecine en Ontario, 2007-2008**



Source : Réseau télémedecine Ontario et Institute for Clinical Evaluative Sciences (dossiers de la population de l'Ontario)

Le recours à la télémedecine continue de s'accroître rapidement en Ontario. C'est dans le Nord de l'Ontario, où ce service est le plus requis, que les gens l'utilisent le plus.

Pourcentage d'adultes plus gravement malades qui ont vu un spécialiste dans les quatre semaines qui ont suivi l'orientation, en Ontario et par pays, 2008



Source : *International Health Policy Survey of Sicker Adults, Fonds du Commonwealth 2008*

La majorité des adultes plus gravement malades en Ontario indiquent qu'ils ont dû attendre plus d'un mois pour voir un spécialiste après qu'on leur a recommandé de le faire. Par comparaison, seulement une personne sur quatre en Allemagne, aux Pays-Bas et aux États-Unis ont dû attendre aussi longtemps.

2.5.3 Pourquoi les attentes sont-elles aussi longues pour consulter un spécialiste?

Les raisons pourraient en être les mêmes que celles qui s'appliquent aux interventions et chirurgies spécialisées. Il est possible qu'on recommande à des gens qui n'en ont pas vraiment besoin de voir un spécialiste ou qu'il n'y ait pas assez de spécialistes. Il est possible que certains soins prodigués de manière routinière par les spécialistes pourraient être dispensés par d'autres soignants. Les spécialistes pourraient également essayer de nouvelles stratégies pour améliorer la manière dont ils fixent les rendez-vous et gèrent les listes d'attente.

2.5.4 Pratiques exemplaires

Un groupe important de chirurgiens du système de santé United States Veterans Administration a utilisé le modèle « efficacité améliorée de l'administration » ou le modèle d'accès accéléré (voir la section 2.3.4) pour réduire les attentes de 21 jours à 10²¹. Les spécialistes du comté de Jonköping en Suède ont utilisé les mêmes techniques pour réduire les attentes de 80 jours à sept jours en huit mois et ont réussi à maintenir ces attentes à ce niveau pendant sept années consécutives²².

2.5.5 Que fait-on en Ontario?

Le gouvernement de l'Ontario tire parti de l'expérience vécue avec la télémedecine dans le Nord en élargissant ce modèle à l'échelle de la province. Le recours à la télémedecine s'accroît grâce au Réseau télémedecine Ontario.

Quelques initiatives d'accès accéléré ont été entreprises dans les soins primaires, mais nous ne savons pas si la province a entrepris des initiatives pour encourager les spécialistes à en faire de même.



2.6 Accès aux soins de longue durée

2.6.1 Pourquoi est-ce important?

Les personnes trop frêles pour prendre soin d'elles-mêmes, même si elles reçoivent des soins à domicile, doivent souvent être placées dans un foyer de soins de longue durée. Il y a 620 foyers de soins de longue durée en Ontario, privés, sans but lucratif, charitables et municipaux, qui abritent près de 76 000 personnes. Contrairement aux maisons de retraite, les foyers de soins de longue durée offrent des soins infirmiers et une supervision dans un établissement sécuritaire 24 heures sur 24. De longues attentes dans les localités pour entrer dans un foyer de longue durée peuvent placer un fardeau sur les familles ou les amis et signifier que la personne n'obtient pas les soins dont elle a besoin. Les personnes qui restent à l'hôpital en attendant d'être admises dans un foyer de soins de longue durée n'obtiennent pas non plus les soins dont elles ont besoin et occupent des lits de soins actifs, ce qui peut entraîner l'engorgement des urgences.

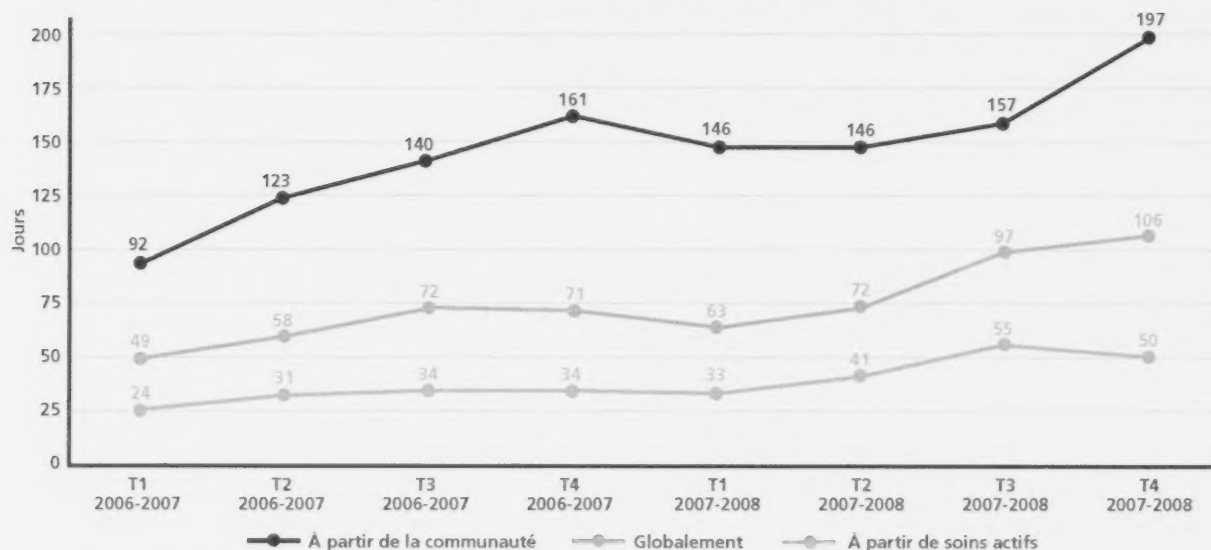
Étant donné que les foyers de soins de longue durée ne se limitent pas à prodiguer des soins, mais qu'ils sont également un logement, il est important de choisir celui où les gens vont aller. Les Ontariennes et Ontariens qui font une demande d'admission dans un foyer de soins de longue durée peuvent désigner trois établissements. S'ils attendent à l'hôpital, ils doivent aller dans le premier foyer où une place se libère. Ils auront la possibilité plus tard de changer de foyer, surtout s'ils souhaitent se réunir avec leur conjoint vivant dans un foyer différent ou aller dans un foyer qui tient compte d'une religion, d'une ethnie ou d'une langue particulière. Toutefois, le changement n'est pas garanti et même si cela se produit, il peut déranger et perturber la continuité des soins. La meilleure option est de placer les gens dans le foyer qu'ils ont choisi en premier.

2.6.2 Qu'avons-nous constaté?

Les attentes pour les foyers de soins de longue durée se sont accrues considérablement au cours des deux dernières années.



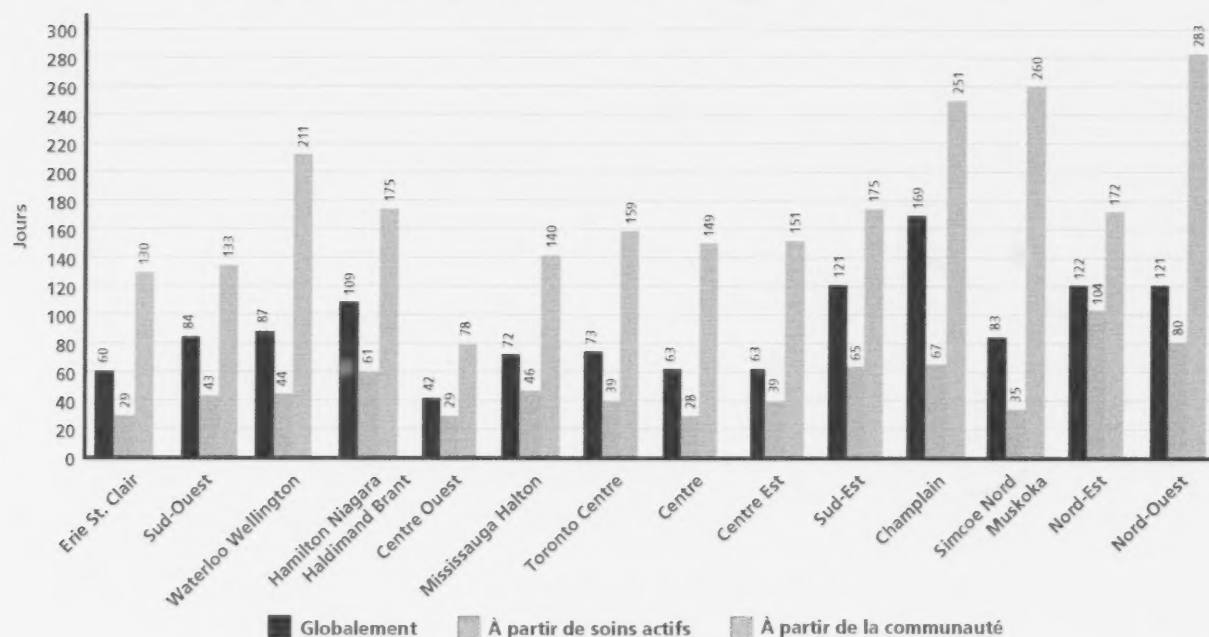
Nombre médian de jours pour passer d'un établissement de soins actifs à un foyer de soins de longue durée, par localité et globalement en Ontario, trimestres d'exercice 2006-2007 à 2007-2008



Source : Direction des données sur la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Globalement, le nombre a doublé, de sorte que les patients hospitalisés doivent désormais attendre en moyenne près de deux mois et près de la moitié des personnes qui vivent chez elles doivent attendre plus de six mois.

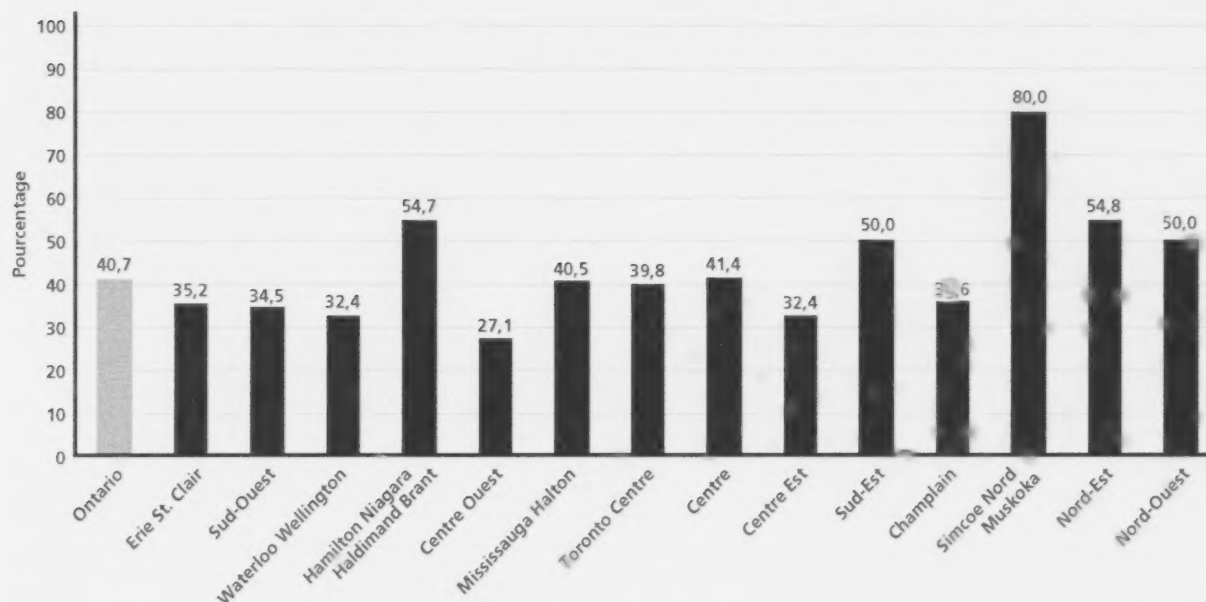
Nombre médian de jours pour passer d'un établissement de soins actifs à un foyer de soins de longue durée, par localité et globalement en Ontario, 2007-2008



Source : Direction des données sur la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Les attentes varient en fonction de l'endroit où vous habitez. Elles sont plus longues dans la région de Champlain (autour d'Ottawa), où elles sont habituellement de près de six mois.

Pourcentage de pensionnaires d'un foyer de longue durée placés dans l'établissement de leur choix en Ontario, août 2008



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Moins de la moitié des personnes placées dans un foyer de soins de longue durée ont été admises dans l'établissement de leur choix.

2.6.3 Pourquoi ces attentes?

- **Capacité.** L'une des raisons pourrait être que l'Ontario ne possède pas suffisamment de lits de soins de longue durée. Toutefois, selon Statistique Canada, l'Ontario dispose de plus de lits par habitant que la moyenne au Canada et plus qu'en Alberta, en Colombie-Britannique ou au Québec²³. Son ratio lits-habitants est à peu près le même qu'aux États-Unis²⁴, où les temps d'attente ne sont pas un aussi important problème et, en fait, où 16 pour 100 des lits sont libres.
- **Utilisation appropriée des soins de longue durée.** Une autre raison pourrait être que nous sommes trop prêts à envoyer des gens dans un foyer de soins de longue durée sans nous demander s'il y a d'autres options, comme les soins à domicile ou un logement supervisé. Une analyse récente entreprise par des chercheurs de l'Université de Toronto a conclu que 25 à 50 pour 100 des personnes admises dans un foyer de soins de longue durée pourraient être logées dans un appartement supervisé ou recevoir des soins à domicile et tout de même obtenir les soins dont elles ont besoin, mais à moindre coût²⁵. Cette étude indique que l'une des raisons pour lesquelles les gens sont admis dans un foyer de soins de longue durée lorsqu'ils pourraient rester chez eux est à cause des problèmes

de transport ou d'entretien. Il est également possible que nous ne fassions pas suffisamment, assez rapidement, pour maintenir les gens en bonne santé avant que ceux-ci ne se détériorent au point où ils ne peuvent plus vivre indépendamment. Nous devons penser à prendre les bonnes décisions au sujet des personnes qui doivent être admises dans un foyer de soins de longue durée avant de nous empresser d'en construire de nouveaux.

- **Améliorer les soins pour éviter que les gens n'aillent en foyer de soins de longue durée.** Beaucoup de personnes âgées souffrent de diverses maladies chroniques. Si nous soignons mieux ces maladies et aidons les gens à mieux gérer leur état, davantage de personnes âgées pourraient continuer de vivre chez elles. En outre, si on prodiguait de meilleurs soins aux personnes âgées qui sont hospitalisées à cause de leurs problèmes chroniques pour qu'elles retrouvent la santé rapidement, et si on ne présumait pas qu'elles doivent simplement aller dans un foyer de soins de longue durée à leur sortie de l'hôpital, on n'aurait pas autant besoin de lits de soins de longue durée.

2.6.4 Pratiques exemplaires

Les foyers de soins de longue durée aux États-Unis ont des places malgré le même ratio lits-habitants qu'en Ontario. Selon les experts, les États-Unis ont maîtrisé la demande de soins de longue durée (le nombre par habitant est demeuré presque stable

entre 1990 et 2002) en offrant davantage de solutions supervisées où les pensionnaires peuvent vivre indépendamment tout en recevant des soins infirmiers ou de l'aide avec leurs activités quotidiennes²⁶.

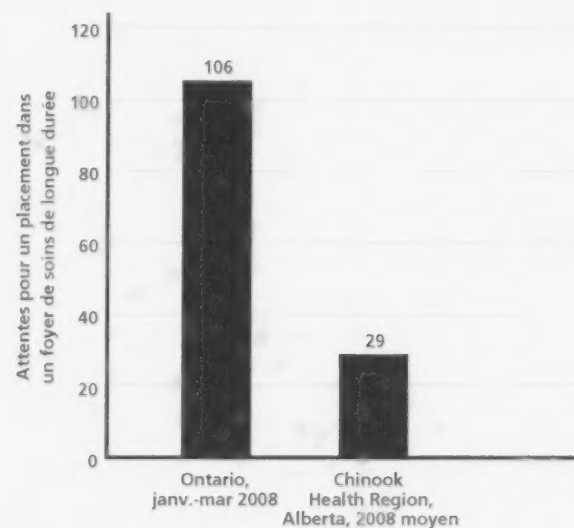
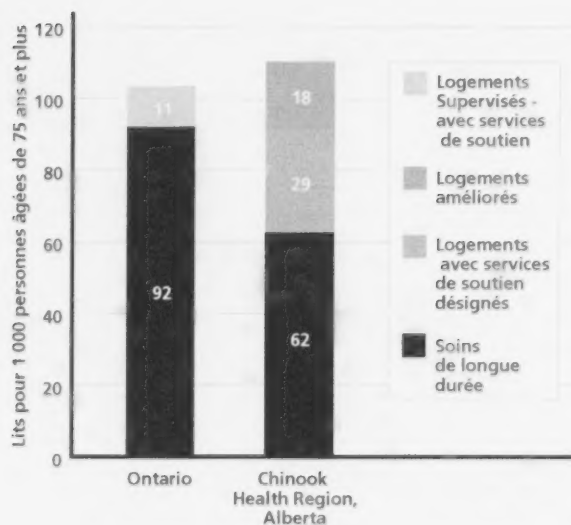
La Chinook Health Region, qui se trouve près de Lethbridge, en Alberta, a vigoureusement prôné des alternatives aux soins de longue durée pour les personnes âgées au cours des 10 dernières années²⁷. Leurs « logements améliorés » ont des auxiliaires de vie disponibles 24 heures sur 24 pour aider les pensionnaires à se laver, à s'habiller et à exécuter d'autres activités quotidiennes. Les soins infirmiers sont prodigués séparément par une infirmière ou un infirmier tout comme si la personne vivait de manière autonome. Le loyer et la part du coût des services du résident sont établis en fonction du revenu. Les « logements avec services de soutien » sont similaires, mais disposent également d'infirmières et infirmiers auxiliaires 24 heures sur 24. La composante soins de santé de ces services est prise en charge par les deniers publics.

Ces alternatives permettent à la région d'économiser de l'argent : 14 500 \$ par an pour les logements améliorés et 27 000 \$ par an pour les logements supervisés, comparativement à 44 000 \$ par an pour les foyers de soins de longue durée. L'ouverture de ces établissements a permis de réduire les temps d'attente pour les foyers de soins de longue durée de 48 à 25 jours entre 2002 et 2004, et les attentes sont restées au même niveau depuis. En 2002, 87 pour 100 des lits occupés par des personnes âgées étaient des lits de soins de longue durée. En 2008, la proportion n'était que de 57 pour 100. Comme le graphique ci-dessous l'indique,



Chinook Health Region a pu maîtriser les temps d'attente pour les foyers de soins de longue durée, bien qu'elle utilise un tiers de lits de soins de longue durée en moins que l'Ontario.

Offre de lits de soins de longue durée et temps d'attente pour les foyers de soins de longue durée, en Ontario et Chinook Health Region, Alberta, 2008



Source : Les données de l'Alberta ont été fournies par la Chinook Health Region; les données de l'Ontario proviennent du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.²⁸

2.6.5 Que fait-on en Ontario?

L'Ontario offre des options en matière de logements supervisés semblables aux logements avec services de soutien en Alberta, mais nous n'avons pas des logements améliorés équivalents financés par les deniers publics²⁹.

En août 2007, le gouvernement a promis 700 millions de dollars pour un plan de trois ans « vieillissement à la maison »³⁰. Il s'agissait d'aider les 14 réseaux locaux d'intégration de services de santé à créer des services de soutien, par exemple repas, transport et logements spéciaux, qui permettraient aux personnes âgées de vivre de manière autonome.

Afin de faciliter la vie des personnes qui reçoivent des soins à domicile, en vertu de la disposition « circonstances exceptionnelles », le gouvernement a également supprimé les limites relatives au nombre d'heures de services de soutien personnel et d'aide familiale lorsqu'une personne est en soins palliatifs ou attend d'être admise dans un foyer de soins de longue durée³¹.

2.6.6 Étude d'un cas de réussite : Halton Healthcare Services réduit les attentes pour les soins de longue durée

Situation : Halton Healthcare Services est un hôpital de soins actifs avec des établissements à Oakville, Milton et Georgetown. Son nombre de patients nécessitant un « autre niveau de soins » (ANS) s'est accru régulièrement. Ces patients sont des personnes âgées hospitalisées en raison d'une maladie aiguë et qu'on juge trop frêles pour vivre de manière autonome à leur sortie. Ils attendent à l'hôpital qu'une place se libère dans un foyer de soins de longue durée, ce qui signifie que les lits ne sont pas libres pour les nouvelles personnes qui arrivent à l'hôpital et dont la santé se détériore souvent parce qu'elles ne reçoivent pas les bons soins de santé.

Le nombre de jours d'autres niveaux de soins par mois a presque doublé pour passer de 9,3 à 17,5 pour 100 entre septembre 2007 et septembre 2008. De janvier à septembre 2008, en moyenne 25 nouveaux patients par mois ont été orientés vers un foyer de soins de longue durée. Trop de gens étaient considérés comme étant incapables de retourner chez eux. En septembre 2008, 87 personnes hospitalisées attendaient d'être placées dans un foyer de longue durée.

Pendant quatre semaines, le Centre d'accès aux soins communautaires de Mississauga-Halton a donné la priorité aux patients de l'établissement d'Oakville et 23 patients ont été admis dans un foyer de soins de longue durée. Mais il s'agissait là d'une solution temporaire.

Objectif : Le personnel s'est donné six mois pour atteindre une hausse mensuelle nette de zéro du nombre de patients attendant d'être admis dans un foyer de soins de longue durée.

Mesures :

- Croissance ANS par mois
- Jours-patients ANS
- Nombre de patients ANS attendant d'être admis dans

un établissement de soins de longue durée déterminé chaque mois.

- Fréquence et durée de l'impasse (les patients sont admis, mais restent aux urgences) et problème de lits (il n'y a presque pas de lits de libres)

Changements : Halton Healthcare a lancé une initiative en partenariat avec le Centre d'accès aux soins communautaires de Mississauga-Halton afin de modifier ses méthodes de sortie d'hôpital pour que davantage de patients puissent retourner chez eux en attendant qu'on planifie leur avenir à long terme. Le problème est que la décision de les placer dans un foyer de soins de longue durée avait été probablement prise trop rapidement. Être atteint d'une maladie aiguë à l'hôpital ne signifie pas nécessairement que la personne ne peut pas fonctionner chez elle lorsqu'elle a la possibilité de se remettre. Également, lorsque la décision de placer la personne dans un foyer de soins de longue durée est prise, il est difficile de la renverser même si le patient va mieux; les familles peuvent, par exemple, prendre des dispositions pour vendre le logement. Ainsi, il est logique de retarder la décision de placer la personne dans un foyer de longue durée jusqu'à ce que celle-ci ait pu essayer de se débrouiller à la maison.

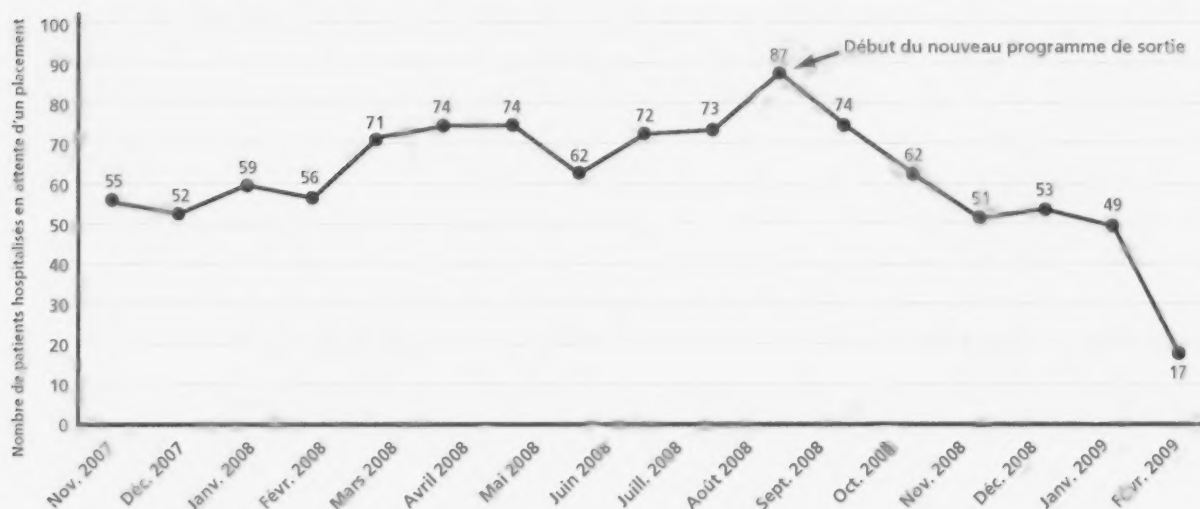
Pour procéder à un tel changement, il fallait sciemment modifier la culture à Halton Healthcare. L'objectif a été atteint en :

- rencontrant les membres du personnel de l'hôpital et en appuyant le rôle du centre d'accès aux soins communautaires dans les autorisations de sortie et la nouvelle approche visant à aider les gens à retourner chez eux où ils peuvent prendre le temps de réfléchir à ce qu'ils vont faire plus tard.
- rencontrant les médecins pour leur faire connaître la nouvelle approche relative aux autorisations de sortie et en leur demandant de ne pas dire à leurs patients qu'ils doivent être admis dans un foyer de soins de longue durée. Les médecins reçoivent une description des options offertes aux personnes qui sortent de l'hôpital et expliquent aux patients que l'équipe de soins les aidera à « retourner chez eux » grâce à des aides à domicile (et avec le soutien de la famille), où ils pourront planifier leur avenir.
- demandant aux gestionnaires de cas du centre d'accès aux soins communautaires de rencontrer le patient avant les personnes chargées de préparer la sortie de l'hôpital, afin de discuter des moyens de l'aider à retourner chez lui. Ainsi, au lieu de s'évertuer à chercher un lit de soins de longue durée, on réfléchit à ce dont le patient a besoin pour retourner chez lui et on prend immédiatement toutes les mesures qui s'imposent.

S'il advient qu'un patient a vraiment besoin de soins de longue durée, la décision sera prise après son retour à la maison; ainsi, on lève la pression sur l'hôpital et permet aux personnes âgées d'entrer dans l'établissement de leur choix, car, grâce aux aides à domicile, elles peuvent vivre tranquillement chez elles en attendant qu'une place se libère.

Résultats : Le nombre de jours-lits « autre niveau de soins » a cessé d'augmenter et, en cinq mois, est passé de 87 personnes en attente d'un lit de soins de longue durée à 17 personnes.

**Nombre de patients hospitalisés désignés ANS attendant d'être placés
dans un foyer de soins de longue durée de novembre 2007 à février 2009**



Source: Centre d'accès aux soins communautaires à Mississauga-Halton, Ontario

2.6.7 Que pouvez-vous faire?

Si la santé d'un membre de votre famille se détériore, envisagez de le placer dans un logement supervisé, où les gens vivent de manière autonome en recevant des soins et des soutiens sur place (visitez le site Web du Ministère pour plus de détails : http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/litcf/13_housing1.html). Avoir une bonne hygiène de vie, notamment en faisant de l'exercice, en ayant une bonne alimentation et en participant à des activités sociales et familiales, peut aussi retarder la nécessité de soins de longue durée.

Réévaluez soigneusement à votre premier, deuxième et troisième choix de foyer de soins de longue durée et n'oubliez pas que vous pouvez demander un transfert dans l'établissement que vous avez choisi en premier lorsqu'une place se libère.





3

3 EFFICACE

On devrait pouvoir obtenir des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles

3.1 Introduction

La plupart des médicaments, des méthodes chirurgicales et des traitements ont été testés dans le cadre d'études scientifiques, qui examinent leur efficacité pour différents patients en termes de réduction de la douleur, du décès, de la souffrance ou de l'invalidité et décrivent les complications éventuelles. Ces études sont essentielles pour valider les soins que nous prodiguons, évaluer la valeur des divers traitements et elles sont utilisées pour élaborer des lignes directrices qui décrivent tous les soins que les professionnels de la santé devraient fournir dans certaines circonstances.

Beaucoup d'études sont fondées soit sur les mesures du processus – qui nous disent si nous avons prodigué les bons soins (p. ex., administrer le bon médicament au bon moment) – soit les mesures des résultats – qui nous disent si nous avons obtenu le résultat que les meilleurs soins devraient produire. Afin de déterminer si le système de santé de l'Ontario est efficace, nous avons utilisé des mesures du processus et des résultats pour juger la manière dont certaines conditions chroniques (diabète, asthme, maladie du cœur et accident vasculaire cérébral) et le cancer étaient traités dans différents cadres, dans la collectivité, les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée.

3.1.1 Principaux points au sujet de l'efficacité

Les maladies chroniques, dont le diabète, les maladies du cœur et les maladies pulmonaires obstructives chroniques, sont à la hausse, d'autant plus que la population vieillit. Ces maladies et leurs complications imposent un lourd fardeau sur le système de santé. Dans notre rapport de l'an dernier, nous avons indiqué qu'au moins 8 000 vies par an en Ontario pouvaient être sauvées si nous améliorions les soins ne serait-ce que pour le diabète et les maladies du cœur. En étudiant la manière dont nous traitons les maladies chroniques, nous pouvons évaluer l'efficacité avec laquelle nous gérons le système de santé dans son ensemble.

La qualité des soins dispensés aux personnes atteintes de maladies chroniques est très variable. Il y a eu des améliorations dans certains domaines :

- Davantage de personnes atteintes du diabète et d'une maladie du cœur prennent des statines pour réduire leur taux de cholestérol. Cela est essentiel pour sauver des vies et prévenir les accidents vasculaires cérébraux et les crises cardiaques.
- Les complications durables du diabète diminuent légèrement au fil du temps.
- Nous réussissons de mieux en mieux à éviter que les personnes qui souffrent d'asthme aillent à l'hôpital.
- Nous réussissons assez bien à gérer l'administration de médicaments dans les centres désignés pour le traitement des accidents vasculaires cérébraux.



Par contre, les efforts pour améliorer les soins dans d'autres domaines progressent très lentement :

- Beaucoup de personnes qui souffrent du diabète, d'une maladie du cœur et/ou ont subi un accident vasculaire cérébral n'obtiennent toujours pas les médicaments dont elles ont besoin. Nous pourrions faire en sorte que davantage de personnes reçoivent des statines, et les médicaments pour soigner le cœur comme les bêta-bloquants et les IECA/BRA ne sont toujours pas assez utilisés.
- Beaucoup de personnes atteintes du diabète ne se font pas régulièrement examiner les yeux et les pieds. Le dépistage et le traitement précoce peuvent prévenir la cécité et les amputations.
- Trop de personnes qui souffrent d'insuffisance cardiaque congestive continuent de retourner à l'hôpital. Nous pouvons réduire ce nombre.

Commentaire concernant les statistiques

Dans cette section (sauf indication contraire), nous utilisons des taux bruts – autrement dit, les données ne sont pas rajustées pour tenir compte des différences d'âge de la population. Parfois, la qualité est inférieure pour les personnes plus âgées – qui sont moins aptes à recevoir le bon médicament ou le bon suivi. Un taux normalisé en fonction de l'âge peut « masquer » le fait qu'une région ou un hôpital affiche de faibles taux de qualité parce qu'il compte beaucoup de personnes âgées. Nous jugeons cela injuste – les personnes âgées ont le droit de recevoir des soins de qualité de la même manière que n'importe laquelle autre personne et l'importance de l'écart devrait être aussi claire que possible.

3.2 Les bons médicaments pour traiter les maladies chroniques

3.2.1 Pourquoi est-ce important?

Nous savons que les bons médicaments peuvent sauver des vies et prévenir des complications chez les patients atteints d'une insuf-

fisance cardiaque congestive ou du diabète, ou ceux qui ont subi une crise cardiaque par le passé. Nous avons étudié la manière dont les médicaments sont utilisés chez les patients âgés de plus de 65 ans et souffrant d'insuffisance cardiaque et du diabète, car les personnes âgées sont celles qui ont le plus à gagner des médicaments pour réduire les complications et le taux de décès. Le tableau ci-dessous indique pourquoi ces médicaments sont importants :

Si vous avez ou avez eu :	Vous devriez probablement prendre les médicaments suivants* :	Afin de prévenir :
le diabète	un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un bloquant des récepteurs de l'angiotensine (BRA) et des statines	les accidents vasculaires cérébraux, crises cardiaques, décès et insuffisance rénale ^{32 33}
une crise cardiaque par le passé	des bêta-bloquants, un IECA/BRA et une statine	les accidents vasculaires cérébraux, de nouvelles crises cardiaques et le décès ^{34 35 36}
un accident vasculaire cérébral par le passé	de l'acide 2-(acétyloxy) benzoïque (AAS ou aspirine)	un nouvel accident vasculaire cérébral ³⁷
un accident vasculaire cérébral avec fibrillation auriculaire	de la warfarine (anticoagulant)	un nouvel accident vasculaire cérébral ³⁸
une insuffisance cardiaque congestive	un IECA/BRA	le décès (réduction de 20 à 25 %) ³⁹ , hospitalisations (réduction de 35 à 40 %), et la détérioration de la qualité de vie

IECA = inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; BRA = bloquant des récepteurs de l'angiotensine.



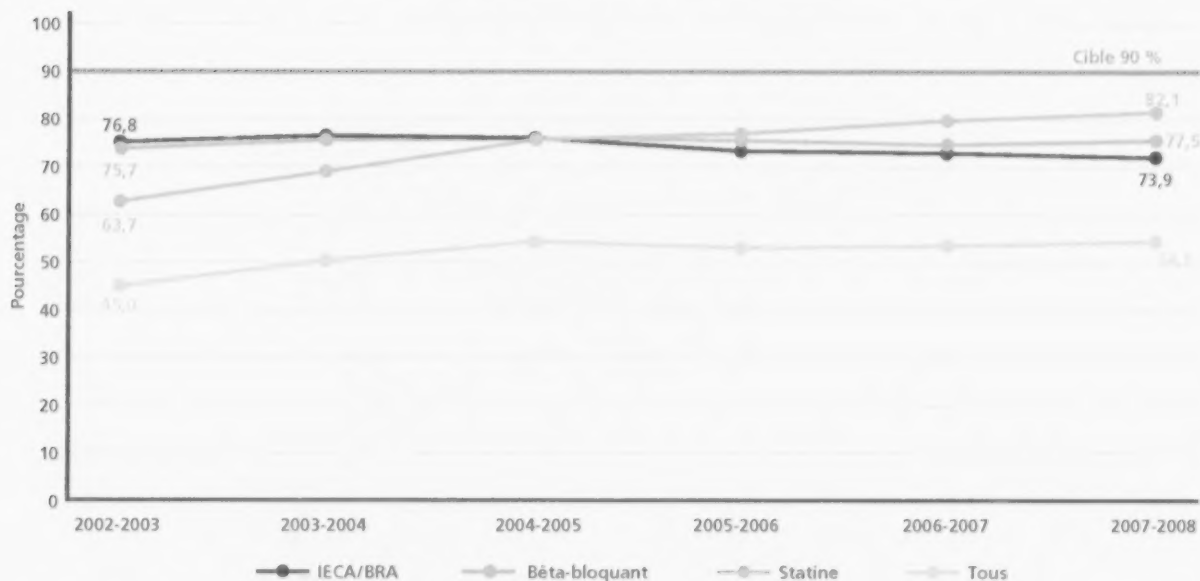
* Certains patients ne peuvent pas prendre ces médicaments en raison d'allergies ou d'autres contre-indications. La décision de prendre le médicament doit toujours être prise conjointement par le médecin et le patient.

3.2.2 Qu'avons-nous constaté?

La bonne nouvelle est que l'utilisation des statines pour les patients atteints du diabète et d'une maladie cardiaque s'est accrue depuis quelques années. Les personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral et ont été traitées dans un centre régional sem-

blent recevoir également les bons médicaments. Mais a beaucoup de patients ne prennent pas les médicaments dont ils ont besoin, car l'Ontario, contrairement aux États-Unis, n'atteint pas les objectifs nationaux ou n'applique les mêmes méthodes exemplaires mises en œuvre aux États-Unis pour les prescrire.

Pourcentage de personnes âgées (de 66 ans et plus) qui ont eu une crise cardiaque et auxquelles on a prescrit un bêta-bloquant de l'IECA/BRA, de la statine ou les trois médicaments dans les 90 jours qui ont suivi la sortie de l'hôpital, en Ontario, 2007-2008

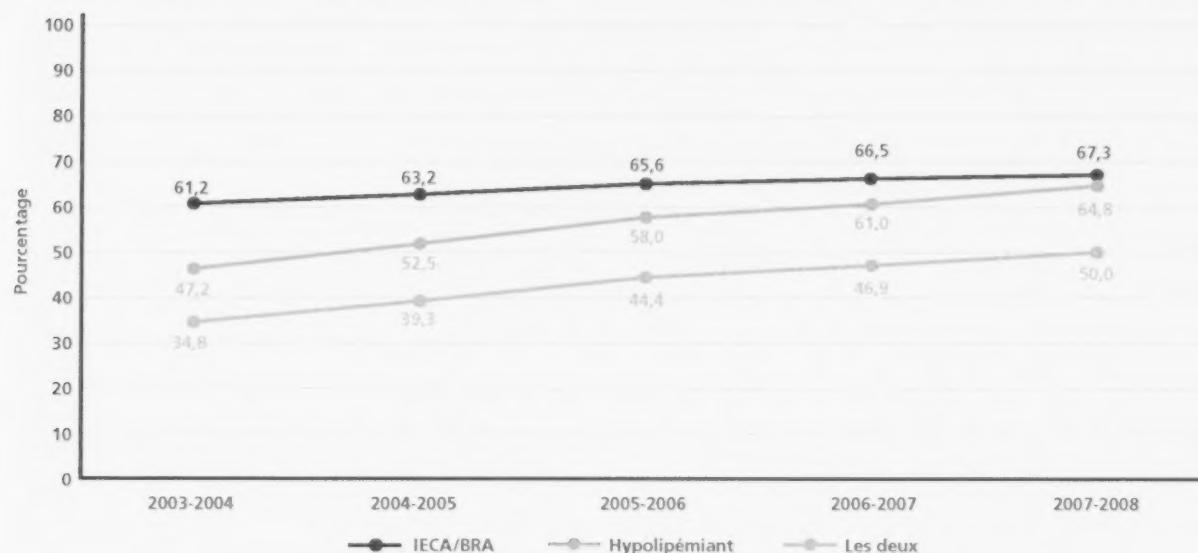


Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

L'utilisation des statines s'est accrue depuis six ans pour les personnes âgées qui ont récemment eu une crise cardiaque. Toutefois, le taux actuel de 82 pour 100 est encore trop bas. De même, seulement 78 pour 100 de ces patients prenaient des bêta-bloquants et seulement 74 pour 100 d'entre eux prenaient des IECA/BRA. Selon un comité d'experts canadiens créé récemment, ces taux devraient être d'au moins 90 pour 100¹⁰.



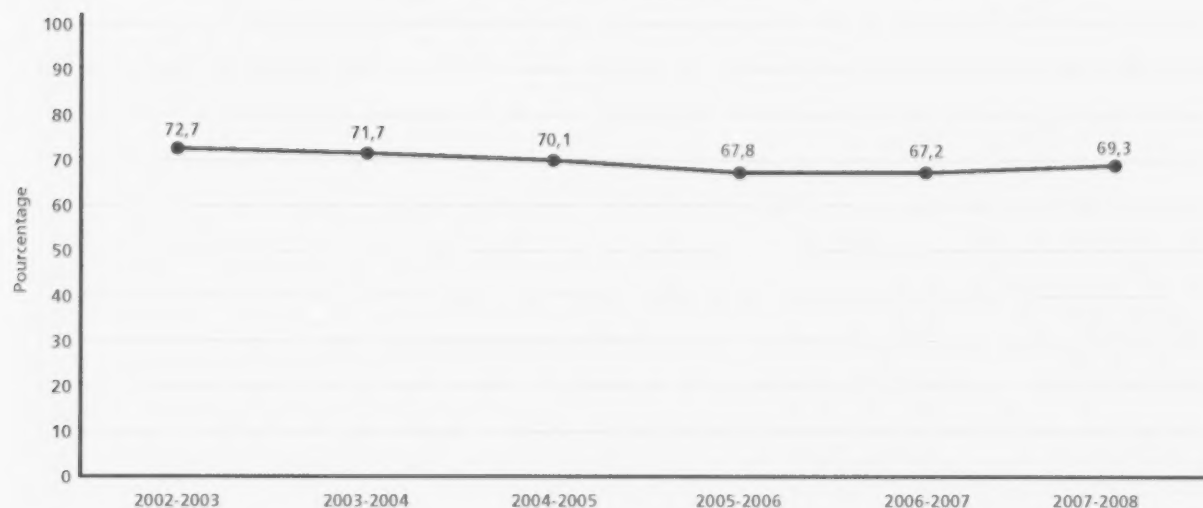
Pourcentage de personnes âgées (66 ans et plus) atteintes du diabète auxquelles on a prescrit de l'IECA/BRA, un hypolipémiant ou les deux médicaments l'an dernier, en Ontario, 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

L'utilisation des statines et des IECA/BRA s'est également accrue chez les personnes âgées atteintes du diabète, mais là aussi, les taux d'utilisation pourraient être plus élevés. Certaines études suggèrent que la presque totalité des patients qui ont le diabète devraient prendre ces médicaments, mais le taux d'utilisation de chaque médicament est seulement de 67 et 65 pour 100 respectivement^{41 42 43}.

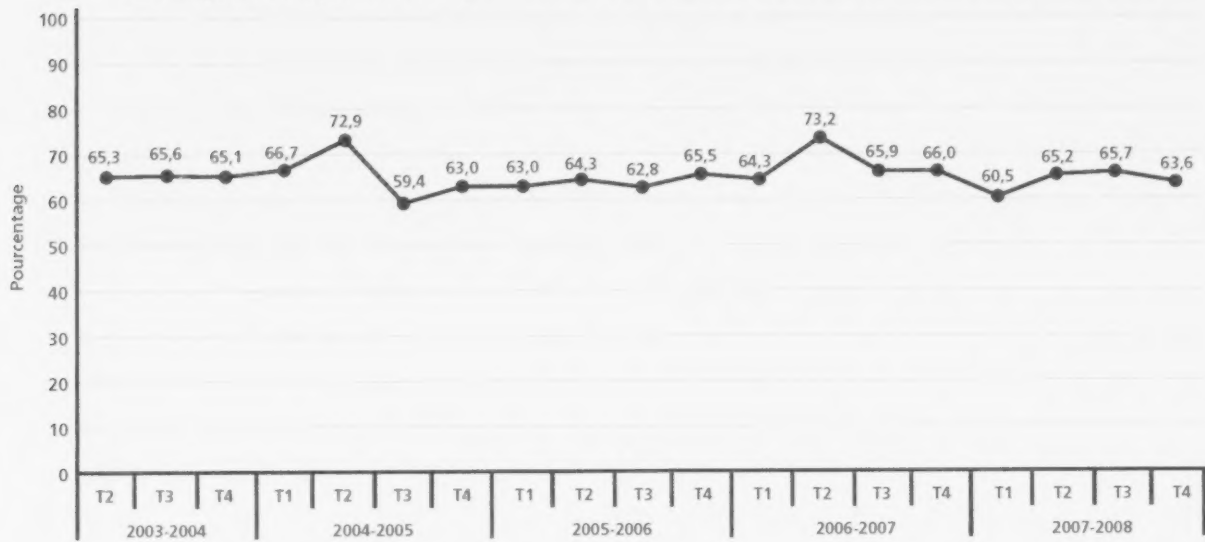
Pourcentage de personnes âgées (66 ans et plus) auxquelles on a prescrit un IECA/BRA pour insuffisance cardiaque congestive dans les 90 jours qui ont suivi la sortie d'un hôpital, en Ontario, 2002-2003 – 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Seulement 70 pour 100 des personnes qui sont sorties de l'hôpital en ayant une insuffisance cardiaque congestive prennent un IECA/BRA. Ce taux, qui ne s'est pas amélioré au cours des six dernières années, est trop bas; la moyenne aux États-Unis est de 87 pour 100⁴⁴, tandis que dans les hôpitaux les plus performants, les taux s'établissent autour de 95 pour 100⁴⁵.

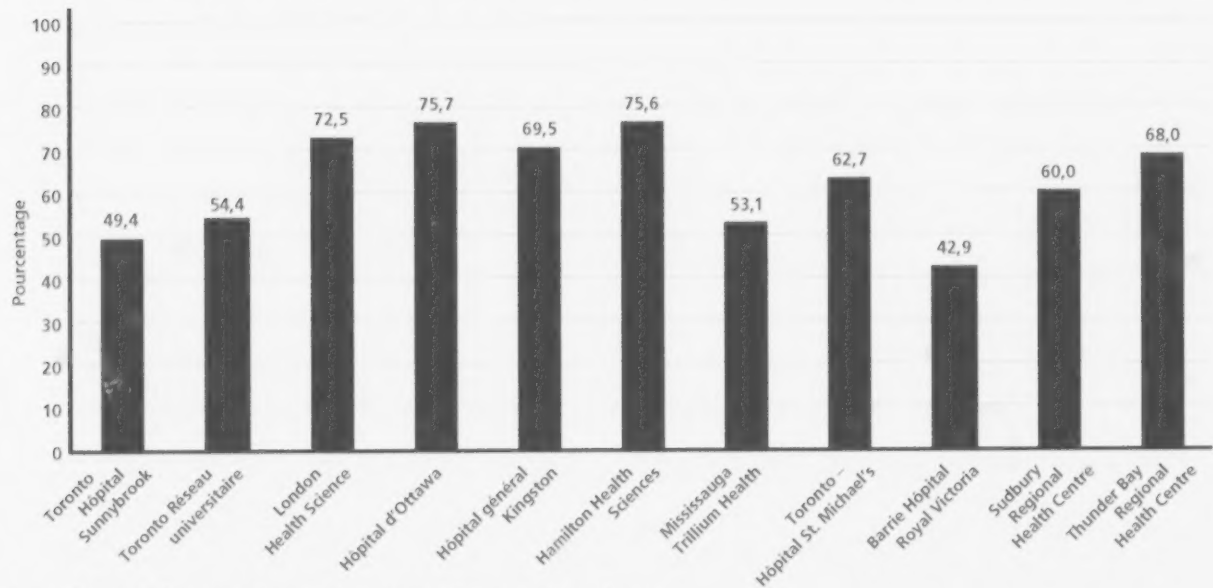
Pourcentage de personnes souffrant d'un AVC et d'une fibrillation auriculaire sorties de l'hôpital auxquelles on a prescrit de la warfarine, en Ontario, 2002-2003 – 2007-2008



Source : Registre du Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux, phase 3

Commentaire : Seulement des centres régionaux et des centres de traitement des accidents vasculaires cérébraux.

Pourcentage de personnes souffrant d'un AVC et d'une fibrillation auriculaire sorties de l'hôpital auxquelles on a prescrit de la warfarine, en Ontario, 2002-2003 – 2007-2008



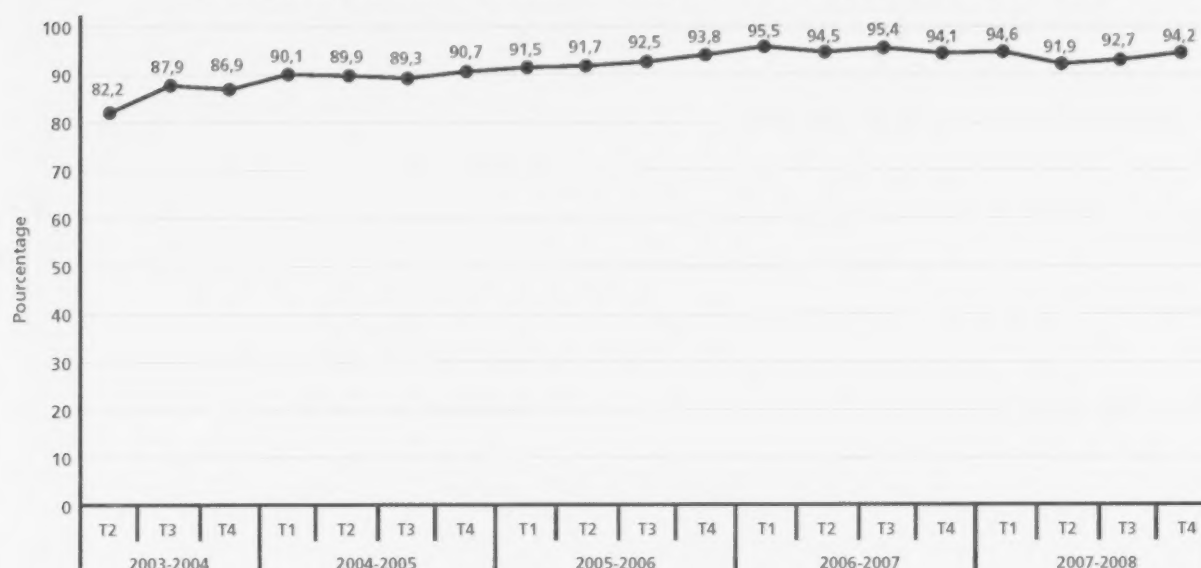
Source : Registre du Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux, phase 3

Commentaire : Seulement des centres régionaux et des centres de traitement des accidents vasculaires cérébraux.

Environ les deux tiers des personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral et souffrent d'une fibrillation auriculaire (perturbation du rythme cardiaque) prennent de la warfarine, qui est un anticoagulant. Ce traitement n'a pas évolué au fil des ans, mais peut s'établir à un niveau raisonnable; d'après certaines études, jusqu'à un tiers des patients qui souffrent de fibrillation auriculaire ne peuvent pas prendre de la warfarine en raison de contre-indications très impor-

tantes, notamment un saignement récent⁴⁶⁻⁴⁷. Toutefois, certains centres de traitement des accidents vasculaires cérébraux utilisent beaucoup moins la warfarine et les taux d'utilisation pourraient être améliorés. Ces données ne s'appliquent qu'aux patients envoyés à un centre régional de traitement des accidents vasculaires cérébraux et des centres régionaux. Nous ne connaissons pas les taux d'utilisation de la warfarine à l'extérieur de ces centres.

Pourcentage de personnes victimes d'un AVC aigu sorties de l'hôpital et prenant de l'AAS ou suivant un traitement antithrombotique, en Ontario, 2002-2003 – 2007-2008



Source : Registre du Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux, phase-3

Commentaire : Seulement des centres régionaux et des centres de traitement des accidents vasculaires cérébraux.

Presque toutes les personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral et ont été traitées dans un centre pour accidents vasculaires cérébraux reçoivent comme instruction à leur sortie de prendre de l'aspirine (AAS), qui empêche le sang de se coaguler. Étant donné qu'un petit nombre de patients risquent d'être allergiques à l'aspirine, nous pensons que ces taux se rapprochent autant que possible des 100 pour 100. Une fois de plus, ces taux peuvent différer pour les personnes traitées à l'extérieur d'un centre pour accidents vasculaires cérébraux.

3.2.3 Pratiques exemplaires

Les hôpitaux américains donnent régulièrement des bêta-bloquants à 95 pour 100 des patients victimes d'une crise cardiaque. Les États-Unis ont en fait cessé d'utiliser les bêta-bloquants comme mesure de la qualité, car les taux étaient trop élevés⁴⁸. Les hôpitaux américains obtiennent également de meilleurs résultats que les nôtres en administrant des IECA/BRA aux personnes victimes d'une insuffisance cardiaque comme nous l'avons dit précédemment. Il y a quelques différences dans la manière dont les chiffres ont été calculés⁴⁹ et il faut faire attention avant de faire des comparaisons. Toutefois, il convient de noter les leçons que nous pourrions tirer des États-Unis. Les taux de prescription des médicaments et d'autres mesures de la qualité sont maintenant indiqués pour chaque hôpital sur un site Web public (www.hospitalcompare.hhs.gov). La publication de ces données a pour but d'encourager les hôpitaux à améliorer la qualité des soins.

3.2.4 Que fait-on en Ontario?

L'Ontario a envoyé une demande de propositions visant la création d'un programme provincial de « formation continue en pharmacothérapie ».⁴⁹ Cette approche permet d'informer les médecins sur l'utilisation d'un médicament donné ou d'une classe de médicaments, basée sur des données probantes et compte tenu d'examen impartiaux de son efficacité. Le but est de prôner une prescription optimale.



[†] Les chiffres enregistrés aux É.-U. en ce qui a trait à l'utilisation des bêta-bloquants ne tiennent pas compte des personnes qui y sont allergiques ou ont des maladies qui les empêchent de les utiliser, dont un battement de cœur trop faible, mais les sources de données provenant de l'Ontario nous empêchent d'exclure ces personnes. Les calculs effectués aux É.-U. concernant l'utilisation des IECA/BRA sont fondés sur les patients atteints d'insuffisance cardiaque pour lesquels l'échocardiogramme indiquait une fraction d'éjection du ventricule gauche de moins de 40 pour 100. Les calculs effectués en Ontario ne tiennent pas compte des évaluations associées aux fractions d'éjection du ventricule gauche, de sorte que la proportion tient compte de tous les patients admis pour une insuffisance cardiaque. Nous pensons que la plupart des patients qui ont une insuffisance cardiaque suffisamment grave pour entraîner l'hospitalisation affichent probablement une fraction d'éjection de moins de 40 pour 100.

3.3 Veiller au bon suivi des malades chroniques

3.3.1 Pourquoi est-ce important?

Il est essentiel de bien suivre les patients qui ont des maladies chroniques, comme le diabète. Les personnes qui souffrent du diabète sont sujettes à diverses complications qui peuvent être très sérieuses, notamment une mauvaise circulation sanguine, perte de sensation dans les pieds et des problèmes de vision. Il est important de se faire examiner les pieds régulièrement pour déceler les problèmes tôt et déterminer quand des mesures préventives doivent être prises, par exemple prescrire des chaussures spéciales ou des soins des ongles. Les examens réguliers des pieds permettent de réduire les lésions de la peau⁵⁰ et les amputations⁵¹.

Le diabète peut également provoquer une rétinopathie diabétique : les vaisseaux sanguins laissent s'échapper du liquide et des graisses causent une enflure de la rétine (la partie postérieure de l'œil qui reçoit les impressions lumineuses) ou de petits vaisseaux anormaux envahissent la rétine, se brisent et provoquent des hémorragies. Dans les deux cas, le patient peut devenir aveugle, mais on peut prévenir cette cécité si un examen de la vue décelé le problème suffisamment tôt pour effectuer une chirurgie au laser qui permettra d'éliminer les vaisseaux atteints ou les nouveaux vaisseaux⁵².

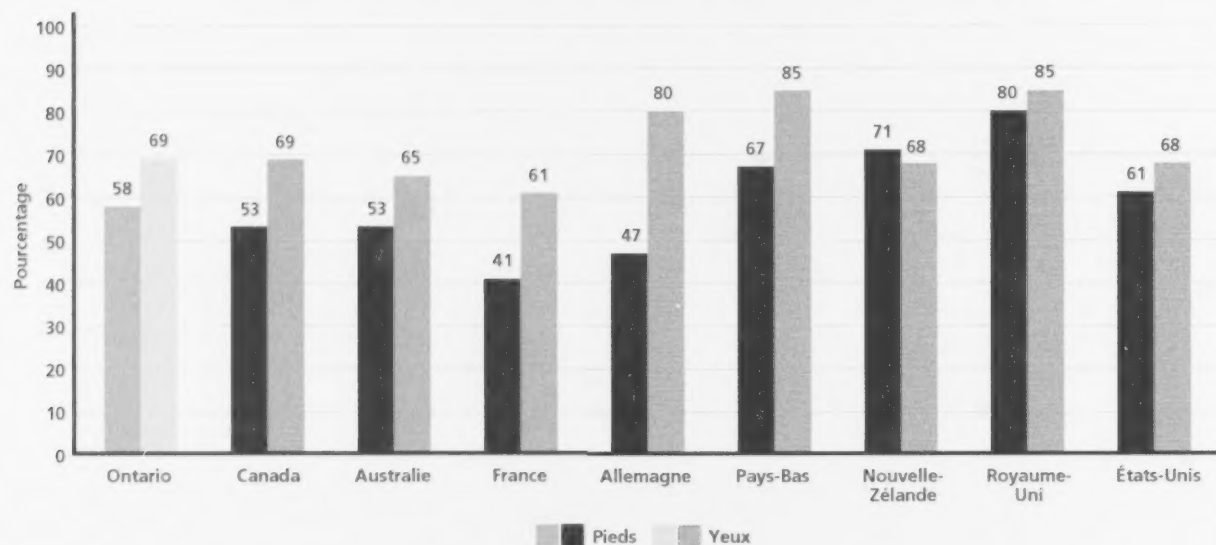
3.3.2 Qu'avons-nous constaté?

Les patients qui souffrent du diabète ne se font pas régulièrement examiner les pieds et les yeux.

3.3.3 Pratiques exemplaires

Le National Health Service (NHS), au Royaume-Uni, a établi un objectif national de faire en sorte que 100 pour 100 des patients diabétiques puissent suivre un examen des yeux régulièrement⁵³. Le NHS verse également des primes aux organismes qui prodiguent de bons soins primaires, dans le cadre de son « Quality and Outcomes Framework⁵⁴ ». Chaque cabinet (où les patients sont soignés par des équipes comprenant des médecins, du personnel infirmier et autres) peut gagner jusqu'à 1 000 points, qui sont transformés en paiement, pour avoir prodigué les soins recommandés, notamment en ce qui a trait aux maladies chroniques. Au cours de la première année qui a suivi la création de ce programme, 94 pour 100 des patients diabétiques ont subi un examen du HbA1c, 83 pour 100 des patients avaient subi un examen des yeux et 97 pour 100 s'étaient fait mesurer la pression artérielle. Un taux impressionnant de 85 pour 100 des patients avaient été vaccinés contre la grippe⁵⁵.

Pourcentage de diabétiques qui se sont fait examiner les pieds et les yeux l'an dernier en Ontario, au Canada et dans d'autres pays, 2008



Source: *International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2008, Fonds du Commonwealth, 2008*

En Ontario, un peu plus de la moitié des personnes interrogées ont indiqué s'être fait examiner les pieds et juste un peu plus des deux tiers ont indiqué avoir subi un examen des yeux. Ces taux sont bien plus bas qu'aux États-Unis.



3.4 Réduire les complications associées aux maladies chroniques

3.4.1 Pourquoi est-ce important?

Les complications dues aux maladies chroniques causent des souffrances et imposent un lourd fardeau sur le système de santé. Les complications se produisent beaucoup plus souvent lorsque les patients ne se font pas suivre régulièrement ou ne prennent pas les bons médicaments ou n'ont pas l'impression de participer à la prise de décisions concernant leurs propres soins. Dans cette section, nous avons examiné les points suivants :

- **Complications temporaires du diabète.** Si le taux de glycémie d'un patient n'est pas bien maîtrisé sur le court terme (pendant un ou deux jours) et s'il est trop bas ou trop élevé, la personne doit se rendre aux urgences pour se faire traiter⁵⁶.
- **Complications durables du diabète.** Si les personnes qui souffrent du diabète ne reçoivent pas les bons médicaments et si leur taux de glycémie, leur pression artérielle ou leur taux de cholestérol ne sont pas bien maîtrisés, au fil du temps, ils risquent de souffrir d'une crise cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral, de devoir subir une chirurgie pour une mauvaise circulation sanguine (y compris une amputation) ou être victimes d'un décès prématuré^{57 58 59 60}.

- **Admission pour des « troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier ».** Les maladies chroniques qu'on peut maîtriser grâce à une bonne gestion des soins primaires sont appelées « troubles pour lesquels le suivi ambulatoire sera à privilégier ». Lorsque ces troubles sont bien gérés, les patients qui en souffrent ne doivent pas aller à l'hôpital, ainsi, compter le nombre d'admissions à l'hôpital pour ces personnes est un bon moyen de mesurer la qualité. Je n'ai pas compris cette phrase, ni ici ni dans l'anglais. Nous nous sommes penchés sur le diabète, l'asthme et l'insuffisance cardiaque congestive⁶¹. On peut éviter qu'une personne atteinte d'asthme ne soit hospitalisée si ses symptômes sont suivis soigneusement chez elle, et si elle a reçu des instructions sur la manière dont elle doit prendre les médicaments pour éviter les crises et la manière de gérer les facteurs qui provoquent les crises d'asthme et les aggravent.

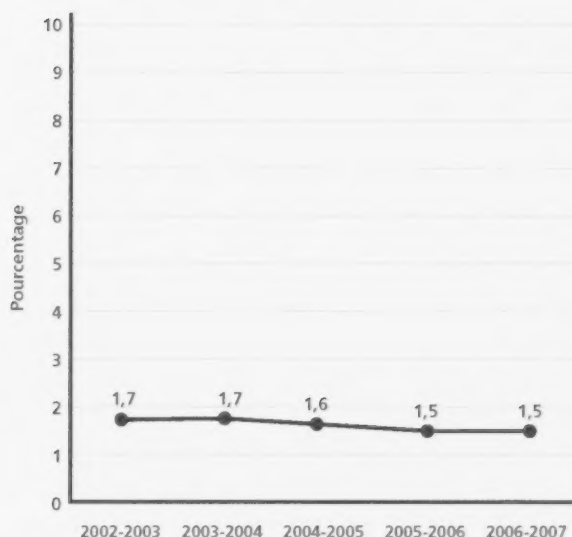
Une insuffisance cardiaque congestive se produit lorsque le cœur est trop faible pour fonctionner de manière appropriée. Les personnes qui souffrent de ce trouble doivent collaborer étroitement avec leur médecin pour contrôler la quantité de fluide dans leur corps au moyen de médicaments et d'une bonne alimentation. Si trop de liquide s'accumule dans leurs poumons (provoquant l'essoufflement) ou ailleurs, les patients doivent se rendre aux urgences ou être hospitalisés pour se faire traiter.

‡ La définition des troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier ne porte que sur ces trois conditions et diffère légèrement de la définition utilisée par les réseaux locaux d'intégration des services de santé, qui comprend d'autres conditions.

3.4.2 Qu'avons-nous constaté?

Les complications associées au diabète ont légèrement diminué depuis cinq ans. Les hospitalisations attribuables à l'asthme se sont également réduites considérablement.

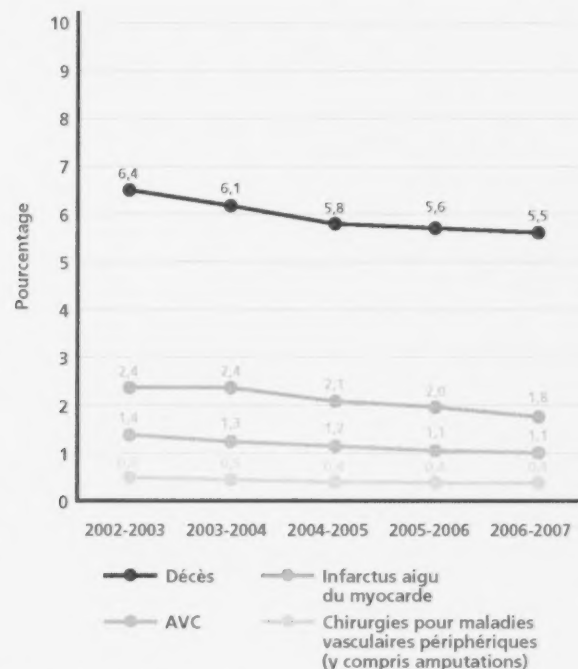
Pourcentage de patients récemment diagnostiqués comme étant atteints du diabète (20 ans et plus) victimes de complications aiguës traitées aux urgences ou à l'hôpital au cours de l'année qui a suivi le diagnostic en Ontario, 2002-2003 – 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Il est rassurant de savoir que les complications dues au taux de glycémie diminuent. Très peu de patients récemment diagnostiqués comme ayant le diabète vont aux urgences ou sont hospitalisés pour un taux de glycémie trop élevé ou trop bas.

Pourcentage rajusté de personnes (66 ans et plus) souffrant du diabète depuis plus d'un an et victimes de sérieuses complications nécessitant une hospitalisation en Ontario, 2003-2004 – 2007-2008

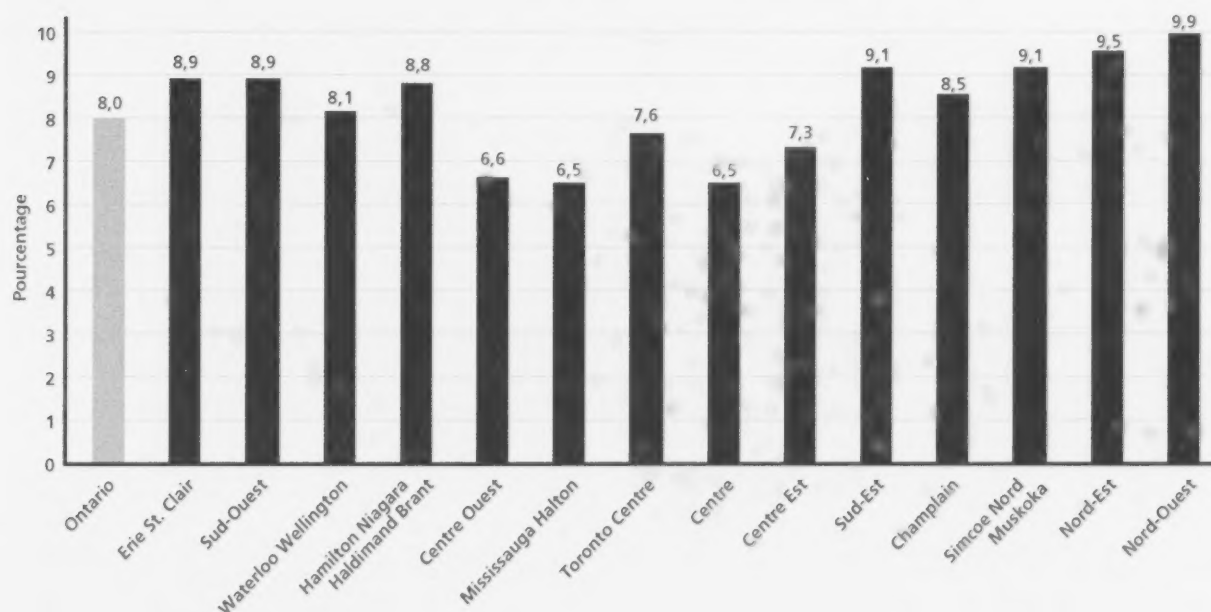


Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé
Commentaire : Les données sont rajustées en fonction de l'âge et du sexe. La population standard correspond aux cas courants de diabète au 1^{er} avril 2006.

Les taux des complications du diabète sérieuses et durables ont diminué légèrement depuis cinq ans[§]. Toutefois, le nombre réel de personnes qui souffrent de complications dues au diabète varie : en 2007-2008, il y a eu près de 20 000 décès, plus de 6 000 crises cardiaques, 3 700 accidents vasculaires cérébraux et 1 200 chirurgies pour mauvaise circulation (y compris des amputations) chez les Ontariennes et Ontariens souffrant du diabète.

§ Commentaire : La réduction observée des complications durables n'est pas entièrement attribuable à une réelle diminution des complications. Il est possible que les personnes atteintes du diabète aient été diagnostiquées plus tôt.

Pourcentage rajusté de personnes (66 ans et plus) souffrant du diabète depuis plus d'un an et ayant eu de sérieuses complications nécessitant une hospitalisation en Ontario, 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

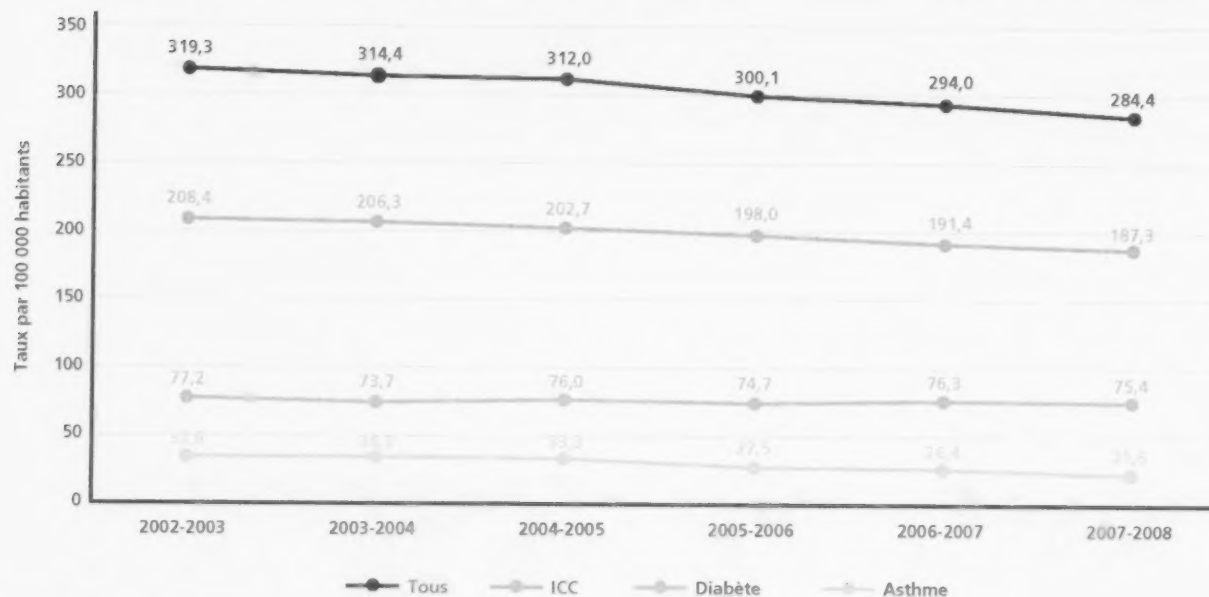
Commentaire : Les données sont rajustées en fonction de l'âge et du sexe. La population standard correspond aux cas courants de diabète au 1^{er} avril 2006.

Les taux de complications attribuables au diabète sont les plus élevés dans les réseaux locaux d'intégration des services de santé du Nord-Est et du Nord-Ouest. Les taux les plus bas sont enreg-

istrés par les réseaux locaux d'intégration des services de santé de Toronto, de Toronto-Centre, du Centre, de Mississauga Halton et du Centre-Ouest.



Taux d'admissions à l'hôpital par 100 000 habitants pour des troubles spécifiques pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier en Ontario, 2002-2003 – 2007-2008



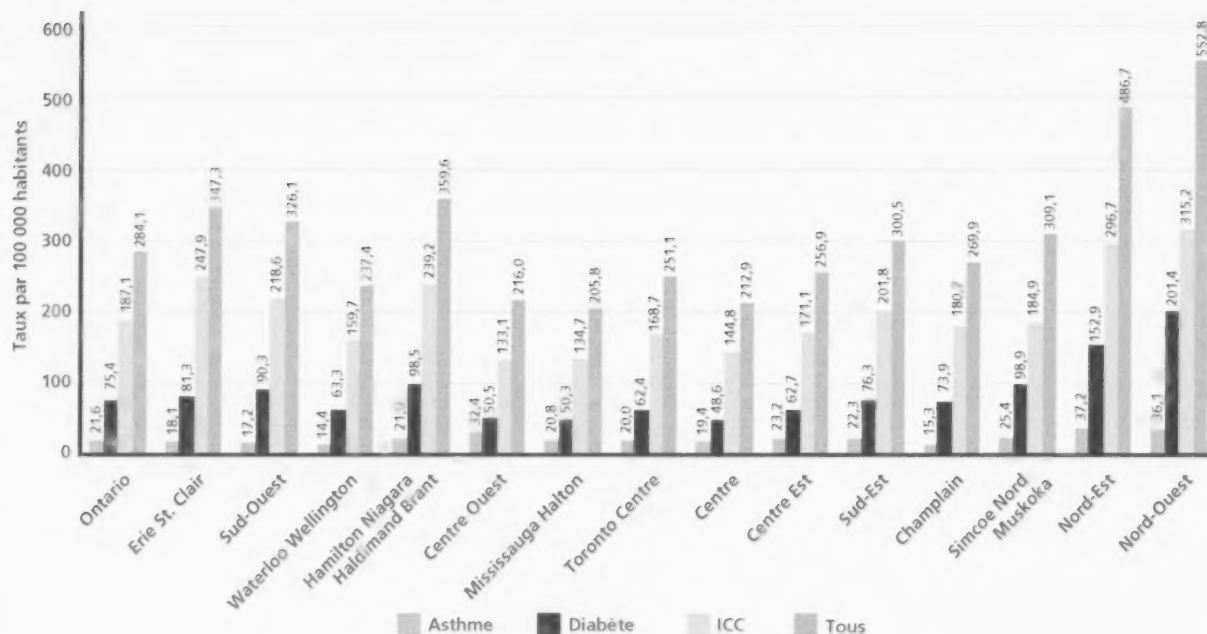
Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Seulement les troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier ont été présentés : diabète, asthme et ICC. Cet indicateur diffère de la mesure des troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier décrite dans l'annexe sur la responsabilité entre le Ministère et les RLSS.

Les taux d'hospitalisation pour les insuffisances cardiaques congestives ont diminué légèrement au cours des six dernières années. Les taux d'hospitalisation pour des problèmes d'asthme ont chuté considérablement, d'un tiers, durant la même période, tandis que les taux d'hospitalisation dus au diabète n'ont pas changé.



Taux d'admissions à l'hôpital par 100 000 habitants pour des troubles spécifiques pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier en Ontario, 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Commentaire : Seulement quelques troubles ont été choisis : diabète, asthme et ICC. Cet indicateur est différent de la mesure utilisée par les RLSS.

Les variations entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé sont considérables en ce qui a trait au taux d'hospitalisation pour le diabète, les insuffisances cardiaques congestives et l'asthme : les réseaux du Nord-Est et du Nord-Ouest enregistrent des taux d'admission près de deux fois plus importants par rapport à la moyenne ontarienne.

3.4.3 Pourquoi ne gère-t-on pas mieux les maladies chroniques?

- **Absence de système informatisé.** Sans système informatisé, il est difficile de suivre les patients qui doivent se refaire examiner ou ceux qui ont manqué leurs objectifs de contrôle de la maladie ou ne reçoivent pas les bons médicaments.
- **Éducation des patients.** Les patients qui ne sont pas bien informés au sujet de l'importance de prendre les bons médicaments ou d'un suivi attentif, ou qui ne participent pas à la prise de décision concernant leur état de santé, ou qui refusent d'admettre leur maladie, ont davantage tendance à cesser de prendre leurs médicaments, à ne pas subir les examens requis ou à ne pas consulter leur médecin de manière régulière.
- **Coût.** Les travailleurs pauvres âgés de moins de 65 ans qui n'ont pas droit à l'assistance sociale peuvent trouver que certains médicaments, notamment les statines, qui servent à réduire le taux de cholestérol, sont trop chers.

- **Hygiène de vie.** Les complications dues aux maladies chroniques peuvent être réduites grâce à une meilleure hygiène de vie, notamment en cessant de fumer, en ayant une bonne alimentation, en faisant de l'exercice et en perdant du poids. Les obstacles à une bonne hygiène de vie comprennent le manque d'éducation au sujet de l'importance de faire les bons choix, la possibilité de faire des exercices, des quartiers conçus pour encourager ou décourager la marche, et l'environnement social.
- **Accessibilité des soins primaires.** Avoir un médecin de famille permet d'assurer un suivi régulier et une bonne gestion de la prise des médicaments. Les RLSS du Nord-Ouest et du Nord-Est de l'Ontario enregistrent les taux les plus élevés de complications associées au diabète et les personnes qui vivent dans ces deux régions sont plus nombreuses à ne pas avoir de médecin de famille (voir la section 2.3).

3.4.4 Que fait-on en Ontario?

Le Quality Improvement and Innovation Partnership (QIIP) appuie 120 cabinets de soins primaires (équipes Santé familiale et centres d'accès aux soins communautaires) afin d'améliorer le traitement du diabète. Cet organisme s'est donné comme objectif de faire en sorte que 90 pour 100 des personnes qui souffrent du diabète se fassent examiner régulièrement les pieds et les yeux et que 65 pour 100 des personnes réduisent leurs taux de cholestérol.



En juillet 2008, l'Ontario a annoncé une stratégie de lutte contre le diabète de quatre ans et dotée d'un budget de 741 millions \$. Dans le cadre de cette stratégie, le gouvernement s'est engagé à établir d'ici le printemps 2009 un registre en ligne afin de suivre les mesures clés du diabète, comme les niveaux de glycémie pour chaque patient. Cela permettra aux professionnels de la santé de vérifier les résultats des examens de laboratoire, de déterminer les domaines à améliorer dans leur propre cabinet et d'envoyer des avertissements aux patients. Le programme augmente également le financement pour les pompes à insuline, promeut les soins prodigués par des équipes et comprend des campagnes d'information pour les populations à risque, qui comprennent les Autochtones et les personnes d'origine d'Asie du Sud⁶¹.

Le Ministère finance des programmes d'information interdisciplinaire sur le diabète par le biais de plusieurs initiatives : la Stratégie de prévention des complications du diabète, la Stratégie de lutte contre le diabète chez les Autochtones, l'Initiative de lutte contre le diabète chez les enfants et le Réseau des services de santé aux diabétiques du Nord⁶². Des éducateurs se sont rendus dans 137 communautés rurales et éloignées dans le cadre de ce dernier programme. En outre, chaque année, la fourgonnette de l'Institut national canadien pour les aveugles se rend dans une trentaine de localités éloignées de la province afin de faciliter l'accès aux examens des yeux pour les personnes atteintes du diabète⁶³.

L'Ontario a lancé la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux en 2000⁶⁴. Cette stratégie comprend : informer le public sur la manière de reconnaître les symptômes précoces d'un accident vasculaire cérébral, un registre des accidents vasculaires cérébraux pour surveiller la qualité des soins, la création de centres régionaux de prévention des accidents vasculaires cérébraux dotés de services et d'un personnel spécialisés et pouvant administrer un traitement d'urgence bien ciblé dans les cas d'accidents vasculaires cérébraux. Les mesures pour évaluer les soins en cas d'accidents vasculaires cérébraux ont été intégrées aux ententes de responsabilités que les hôpitaux signent avec leur réseau local d'intégration des services de santé, promettant de satisfaire les normes minimales en matière de soins.

3.4.5 Étude d'un cas de réussite : Les programmes de soins primaires de l'asthme concrétisent les données probantes tout en réduisant les symptômes et les visites aux urgences

Situation : Plus d'un enfant sur 10 et un adulte sur 15 souffrent d'asthme en Ontario. Cette maladie est la principale cause d'hospitalisation chez les enfants et l'une des principales causes pour lesquelles les gens vont aux urgences, s'absentent de l'école ou du travail. En suivant les lignes directrices émanant de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme, on peut réduire ou éviter les crises d'asthme, mais mettre ces lignes directrices en œuvre peut être un défi. Même les médecins qui les connaissent sous-estiment souvent la gravité de l'asthme de leurs patients.

Le projet pilote de soins primaires de l'asthme a été lancé en 2002 dans huit centres de soins primaires de la province dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action contre l'asthme de l'Ontario.

Objectif : Prodiguer des soins plus cohérents et fondés sur les données probantes aux patients qui souffrent d'asthme et réduire les symptômes et la nécessité d'autres soins de santé.

Mesures : Le programme a étudié :

- le nombre de crises d'asthme;
- le nombre de symptômes durant la nuit et le jour;
- le nombre de visites aux urgences par les enfants;
- le taux d'absentéisme scolaire.

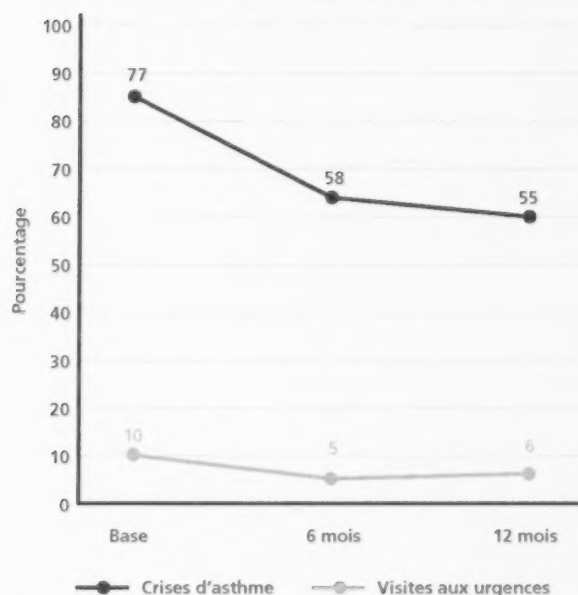
Plus de 1400 patients âgés de deux à 55 ans ont été suivis à six mois d'intervalle.

Changements : Les principaux changements comprenaient :

- une meilleure évaluation de l'asthme, à l'aide d'un test appelé spirométrie, qui sert à mesurer la fonction pulmonaire;
- l'utilisation de « cartes de soins de l'asthme » afin d'évaluer l'état des patients, d'établir un plan de traitement pour eux et de les informer;
- l'utilisation d'ordinogrammes par les médecins pour les aider à déterminer les meilleurs médicaments à prescrire dans divers cas;
- remise aux patients d'un plan écrit pour les aider à surveiller et à mieux maîtriser leur asthme;
- des documents d'information destinés aux patients;
- l'introduction dans l'équipe de soins primaires d'éducateurs certifiés dans le domaine de l'asthme, qui ont aidé à mettre en place des tests de spirométrie, à dispenser des séances d'information et à coordonner les activités.

Résultats : Des améliorations ont déjà été constatées au bout de six mois et de 12 mois; on a enregistré une chute de 30 pour 100 des crises d'asthme et une baisse de 34 pour 100 des symptômes pendant la journée, une baisse de 50 pour 100 aux urgences des enfants et une baisse de 49 pour 100 de l'absentéisme scolaire.

Pourcentage de visites aux urgences dues à des crises d'asthme et nombre total de crises d'asthme à partir de la création du programme de lutte contre l'asthme, au bout de six mois et de 12 mois



Source: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Étapes suivantes : Afin de suivre l'efficacité du Programme de lutte contre l'asthme et des plans de traitement, les établissements continuent de mesurer les crises d'asthme, les symptômes et les mesures de contrôle des symptômes, l'utilisation d'autres services de santé associés à l'asthme (comme les visites aux urgences ou les hospitalisations) et le nombre de jours d'absence de l'école ou du travail.

Ce projet pilote est maintenant devenu le Programme de lutte contre l'asthme pour les établissements de soins primaires et est mis en place dans d'autres cabinets de la province. L'Initiative de surveillance de l'asthme, qui fait également partie du Plan d'action contre l'asthme, a pour but de déterminer des indicateurs mesurables de l'asthme, qui seront intégrés dans les dossiers médicaux électroniques pour le suivi continu de l'efficacité des traitements.

3.4.6 Que pouvez-vous faire?

Si vous avez une maladie chronique, participez à la gestion de vos soins. Que vous ayez le diabète, de l'asthme, une insuffisance cardiaque ou avez eu par le passé une crise cardiaque, voici quelques principes à suivre :

- Reconnaissez les symptômes qui indiquent que votre état empire et mettez au point un plan d'action avec votre médecin indiquant ce que vous devez faire lorsque cela arrive.
- Connaissez les facteurs qui peuvent aggraver votre état et évitez-les (par exemple, exposition à la fumée de cigarette pour l'asthme, ou repas dont la teneur en sel est élevée pour les problèmes cardiaques).
- Sachez quels médicaments vous devez prendre et pourquoi.
- Consultez la liste des médicaments recommandés à la section 3.2.1. Si vous ne prenez pas un de ces médicaments, demandez conseil à votre médecin.
- Sachez ce que vous devez surveiller à la maison pour voir si votre maladie est contrôlée (par exemple, les symptômes pour l'asthme; la pression artérielle et le taux de glycémie pour le diabète; ou une prise de poids quotidienne pour l'insuffisance cardiaque).

Vous pouvez en savoir plus sur la manière de gérer d'autres maladies chroniques courantes sur notre site Web à http://www.ohqc.ca/fr/patient_resources.php. Si vous avez de l'asthme, visitez le site www.on.lung.ca, ou appelez la ligne téléphonique de l'Ontario Lung Association au numéro 1 800 668-7682.



3.5 Réussir du premier coup : Éviter les retours à l'hôpital ou aux urgences

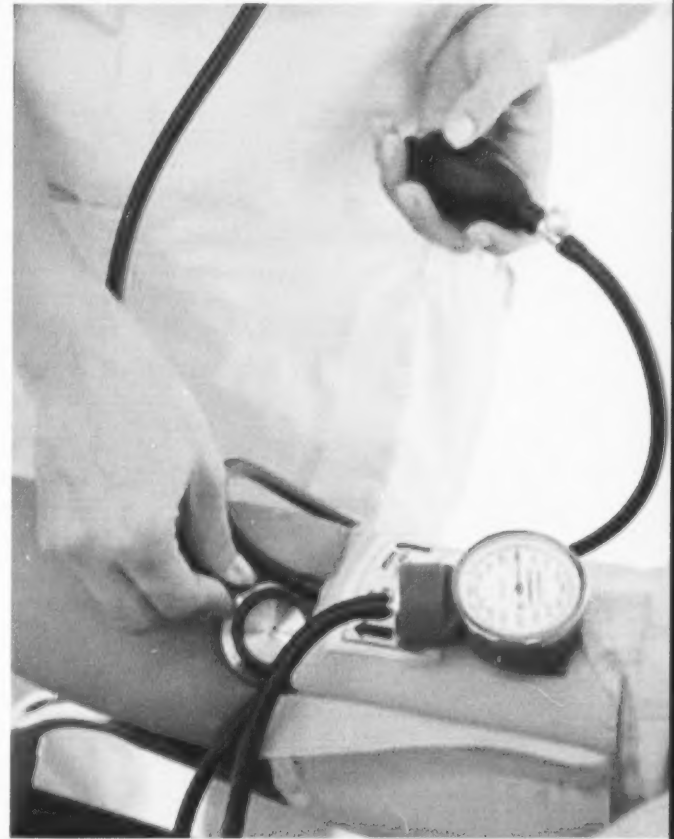
3.5.1 Pourquoi est-ce important?

Le but des hospitalisations et des visites aux urgences est de stabiliser les patients atteints de maladies aiguës, mais aussi de les soigner afin qu'ils n'aient pas à revenir. Les patients ont besoin qu'on s'occupe de leurs problèmes efficacement et s'attendent à ce qu'il en soit ainsi. En procédant ainsi nous évitons le coût supplémentaire associé au retour des patients à l'hôpital, souvent plusieurs fois, car les soins n'ont pas été efficaces.

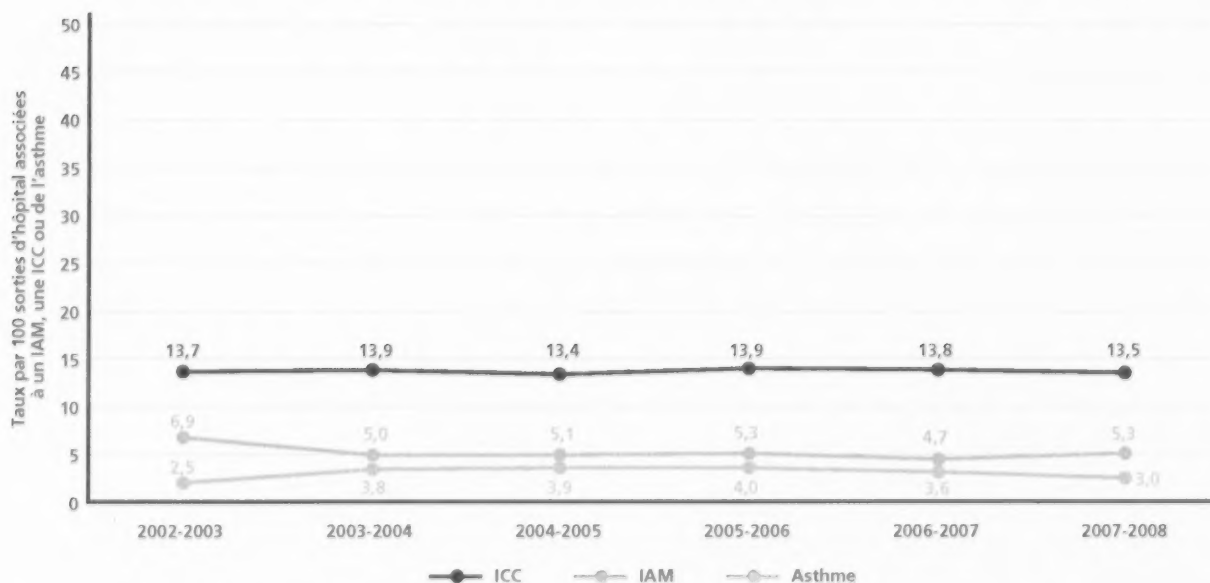
Cette année, nous avons examiné la raison pour laquelle les patients sont hospitalisés plusieurs fois ou reviennent aux urgences après avoir été traités pour trois affections différentes : asthme, insuffisance cardiaque congestive et crises cardiaques.

3.5.2 Qu'avons-nous constaté?

Les réadmissions à l'hôpital pour les insuffisances cardiaques congestives sont encore courantes. Elles sont moins courantes pour les crises cardiaques et relativement rares pour les crises d'asthme. Il n'y a pas eu de baisse notable des retours à l'hôpital ou aux urgences au cours des six dernières années pour les insuffisances cardiaques, les crises cardiaques ou d'asthme.



Taux de réadmission aux urgences ou en services de soins actifs dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital pour un IAM, une ICC ou de l'asthme en Ontario, 2002-2003 – 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

3.5.3 Pourquoi les patients doivent-ils retourner à l'hôpital?

- **Traitement incomplet.** Souvent, les patients ne reçoivent pas tous les médicaments, les traitements ou les examens recommandés. Cela peut arriver si l'hôpital n'a pas établi de protocoles, ordonnances ou listes de vérification normalisées ou s'il ne s'assure pas que tous les soins requis ont été prodigués. Si les patients ne reçoivent pas le traitement dont ils ont besoin, leur condition peut empirer et ils peuvent revenir à l'hôpital ou se rendre dans un autre établissement de santé.
- **Mauvaise communication avec les fournisseurs de soins primaires.** Habituellement, les patients ont besoin d'un suivi, comme des examens ou de nouveaux médicaments lorsqu'ils quittent l'hôpital. Si le médecin de l'hôpital n'établit pas tout de suite la liste des recommandations suivant la sortie de l'hôpital, le médecin de famille risque de ne pas savoir que le patient a besoin d'autres soins.
- **Mauvaise communication avec le patient.** Les patients doivent savoir pourquoi ils prennent certains médicaments, quels en sont les effets secondaires ou quelles sont les complications auxquelles ils doivent s'attendre, les activités qu'ils devraient poursuivre et celle à éviter et qui ils doivent appeler en cas de problèmes ou de questions. Lorsqu'on ne leur dit pas ou s'ils n'ont pas compris toutes ces choses, il y a de grandes chances qu'ils doivent être réadmis.
- **Manque de soutien dans la communauté.** Si les patients ne reçoivent pas suffisamment de soins ou d'autres services à domicile ou s'ils ne disposent pas des outils dont ils ont besoin pour gérer leur état à la maison, il se pourrait qu'ils doivent retourner à l'hôpital.

3.5.4 Que peut-on faire pour éviter les hospitalisations à répétition?

Si les gens reviennent à l'hôpital après avoir été soignés, cela signifie que les soins n'ont pas été assez efficaces – cependant, les chercheurs ont trouvé de nombreux moyens de réduire les hospitalisations à répétition. En Espagne, des chercheurs ont constaté que lorsqu'on expliquait aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en quoi consistait leur maladie, quels médicaments ils devaient prendre et la manière dont ils devaient s'alimenter, celles-ci avaient moins tendance à revenir à l'hôpital pour le même problème au cours d'une même année⁶⁵, et un scientifique ontarien qui a comparé huit études menées un peu partout dans le monde est parvenu à la même conclusion⁶⁶. Un organisme de réadaptation cardiaque du Pays de Galles a mis au point un traitement de prévention combinant de la marche à la campagne, d'autres exercices et des séances d'information. Aucune des personnes qui a suivi le programme n'a été réadmise à l'hôpital au cours de la même année⁶⁷.

3.5.5 Que fait-on en Ontario?

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé surveillent les taux de réadmission des patients ayant subi une crise cardiaque et établissent des objectifs pour réduire ces taux.

Un moyen d'éviter qu'une personne ne soit réadmise à l'hôpital consiste à lui prescrire, avant sa sortie de l'hôpital, un traitement médicamenteux à suivre à la maison et à informer son médecin de famille des modifications à apporter aux doses ou aux types de médicaments. Le programme MedsCheck offre aux gens d'étudier leur traitement médicamenteux deux semaines après leur sortie de l'hôpital afin de vérifier qu'il n'y a pas de conflit entre ce que les médecins de l'hôpital ont recommandé et ce que font les soignants à l'extérieur de l'hôpital. Le programme MedsCheck étudie également ce qui peut être fait lorsque l'état de santé évolue et/ou des modifications sont apportées au traitement médicamenteux. Au cours de la première année, plus de 195 000 Ontariennes et Ontariens ont demandé à leur pharmacie de modifier leur traitement médicamenteux.

3.5.6 Que pouvez-vous faire?

Avant de quitter l'hôpital, discutez de vos symptômes et de vos traitements avec le personnel et assurez-vous d'avoir reçu les bons soins. En outre :

- Obtenez une liste des instructions dont vous avez besoin lorsque vous serez à la maison, un numéro à appeler si vous avez des questions et une description écrite de votre diagnostic pendant que vous étiez hospitalisé et de tous les changements apportés à vos médicaments. Appelez votre médecin de famille pour lui dire que vous avez été hospitalisé et qu'il va recevoir un mot de l'hôpital disant que vous êtes sorti. Dites-lui que vous êtes au courant des médicaments que vous devez prendre, du suivi et des soins nécessaires;
- Prévenez votre pharmacien si vous devez prendre de nouveaux médicaments et demandez un examen subséquent à l'hôpital dans le cadre du programme MedsCheck.

D'après une recherche, le simple fait pour les patients de suivre une séance d'information en tête-à-tête d'une heure avec une infirmière au sujet des insuffisances cardiaques et des traitements appropriés a réduit de moitié les réadmissions à l'hôpital. Demandez s'il existe des programmes d'information portant sur votre état de santé à l'hôpital avant de retourner chez vous⁶⁸.

3.6 Bien soigner les personnes en soins de longue durée

3.6.1 Pourquoi est-ce important?

Les foyers de soins de longue durée en Ontario prennent soin des personnes, souvent âgées et frêles, des personnes qui ont de la difficulté à vivre de manière autonome. Bien que la capacité des gens à vivre de manière autonome tende à diminuer lorsqu'ils vieillissent, il y a des moyens pour les foyers de soins de longue durée de ralentir ce processus pour certains de leurs pensionnaires. Les physiothérapeutes peuvent offrir des exercices, des séances d'étirement et d'autres traitements pour aider les gens à continuer de se déplacer ou de marcher. Les ergothérapeutes peuvent recommander des appareils pour aider les gens dans leurs activités quotidiennes, par exemple s'habiller et s'alimenter. En offrant aux pensionnaires des activités récréatives et sociales dans un cadre agréable, on peut prévenir la dépression.

Dans cette section, nous avons utilisé un outil international normalisé pour collecter des données sur la santé des personnes âgées appelé *interRAI*, afin de déterminer comment les pensionnaires de foyers de longue durée évitent que leur dépression n'empire et continuent de vaquer à leurs activités quotidiennes. Ces évaluations sont effectuées au moins tous les trimestres. L'Ontario a commencé à mettre en œuvre cet outil de manière graduelle en 2006. Jusqu'ici, nous n'avons obtenu des résultats que pour un petit nombre de foyers et des données plus complètes seront disponibles à l'avenir.

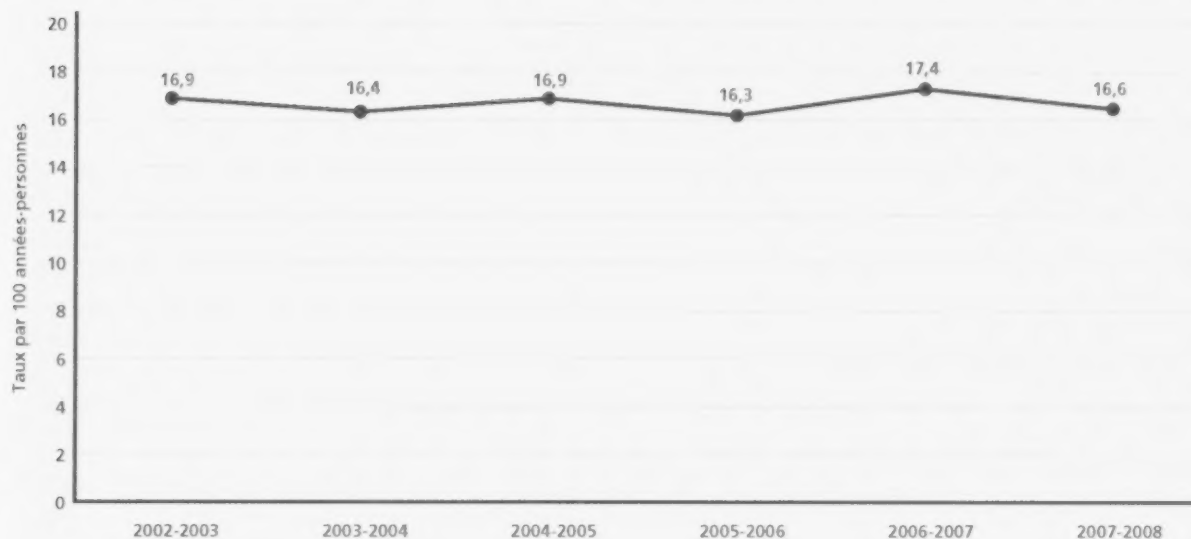
Nous avons également étudié les visites aux urgences par les pensionnaires de foyers de soins de longue durée pour des problèmes comme l'insuffisance cardiaque congestive, la déshydratation ou le diabète. La recherche indique que les soins appropriés peuvent réduire au minimum (sans toutefois l'éliminer) la nécessité d'envoyer les pensionnaires aux urgences.



3.6.2 Qu'avons-nous constaté?

En général, un résident sur quatre semblait plus déprimé que lors de l'évaluation précédente. On a constaté également qu'environ un résident sur cinq semblait moins capable de fonctionner de manière autonome (bien que cela fasse partie du vieillissement).

Taux par 100 années-personnes de visites aux urgences par des résidents de foyers de soins de longue durée en Ontario pour des troubles qui auraient pu être évités, 2002-2003 à 2007-2008

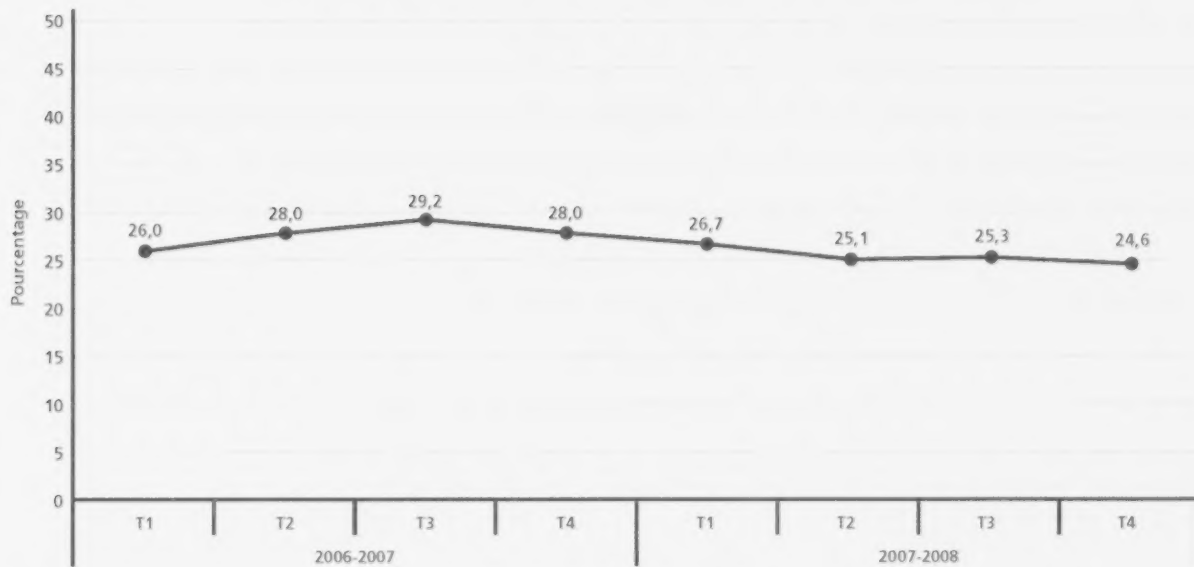


Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé



Entre 2002-2003 et 2007-2008, il y a eu environ 16 visites aux urgences pour chaque groupe de 100 pensionnaires qui ont été suivis pendant un an pour des troubles qui auraient pu être prévenus, comme le diabète, les maladies du cœur ou la déshydratation. Ce taux est demeuré stable pendant les cinq dernières années.

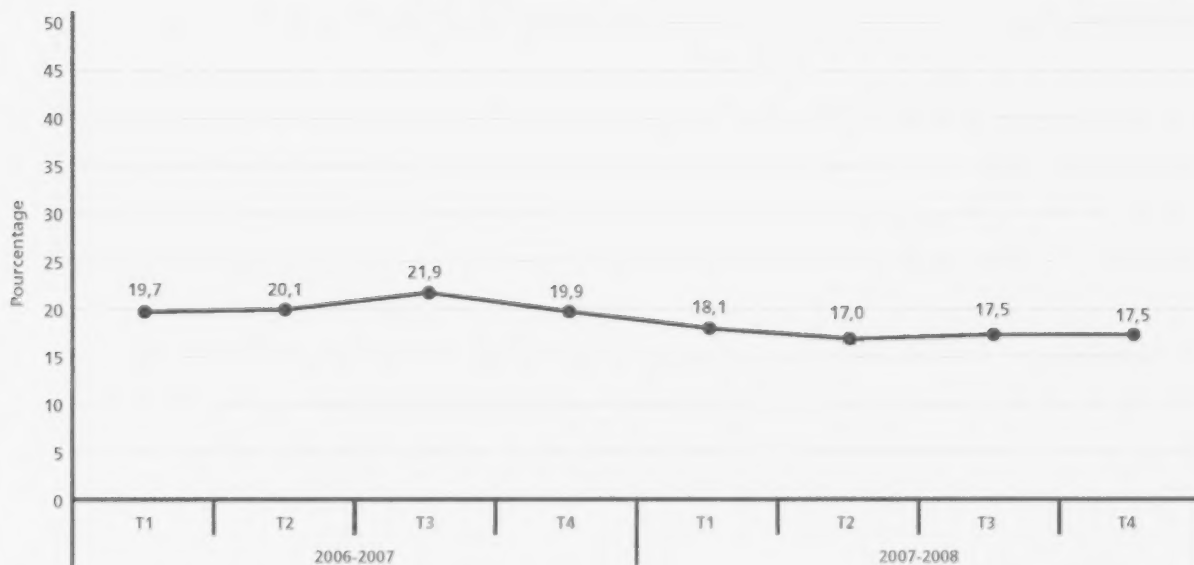
Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée dont la dépression a empiré en Ontario, 2006-2007 à 2007-2008 par trimestre d'exercice.



Source : Données Inter-RAI provenant du Système d'information sur les soins de longue durée, ICIS.

La proportion de pensionnaires de foyers de soins de longue durée dont la dépression empire a fluctué au cours des deux dernières années. En moyenne, environ un résident sur quatre a montré des signes de dépression plus profonde au cours des trois mois.

Pourcentage de résidents de foyers de soins de longue durée dont l'état de fonctionnement se détériore en Ontario, 2006-2007 à 2007-2008 par trimestre d'exercice.



Source : Données du Système d'information sur les soins de longue durée, ICIS.

On a constaté que près d'un résident sur cinq ne fonctionnait pas aussi bien de manière autonome au cours des trois derniers mois.

3.6.3 Problèmes dans le secteur des soins de longue durée

- **Absence de protocoles et de formation.** Les états chroniques nécessitent un suivi régulier et des soins constants. Si un foyer n'a pas établi des protocoles normalisés pour chaque condition ou si le personnel n'a pas les compétences et la formation pour prodiguer les soins requis, l'état des personnes âgées peut se détériorer très rapidement.
- **Pénurie de personnel.** On s'inquiète beaucoup de ce que les membres du personnel n'aient pas le temps de prodiguer aux pensionnaires tous les soins dont ils ont besoin. Cela pourrait s'expliquer par la pénurie de personnel : un rapport récent du gouvernement de l'Ontario, intitulé *Des femmes et des hommes au service des autres*, recommandait d'accroître les effectifs⁶⁹ des foyers de soins de longue durée, afin qu'on puisse consacrer plus de temps et de soins aux pensionnaires chaque jour.
- **Mauvaise gestion du temps du personnel.** L'an dernier, le Ministère a organisé des rencontres sur la qualité, au cours desquelles on a consulté les pensionnaires et les membres du personnel sur la manière d'améliorer la qualité. Le personnel des foyers de soins de longue durée a formulé des commentaires sur l'énorme quantité de paperasse qu'il doit remplir et a indiqué qu'en simplifiant les dossiers et la documentation, on pourrait accroître la qualité du temps consacré aux soins des pensionnaires⁷⁰.
- **Qualité des établissements.** Lors des rencontres sur la qualité, les pensionnaires se sont dits convaincus qu'il fallait

créer un « environnement familial » pour améliorer la qualité de leur vie. Certains pensionnaires tombent en dépression ou perdent toute envie de se maintenir en bonne santé s'ils ne se plaisent pas dans leur environnement physique.

3.6.4 Que fait-on en Ontario?

En mai 2008, le Ministère a annoncé un financement de 4,25 millions de dollars afin d'établir 14 équipes d'intervention en soins de longue durée dirigées par du personnel infirmier⁷¹. Ces équipes d'infirmières et infirmiers praticiens et d'infirmières et infirmiers autorisés se rendront dans les foyers de soins de longue durée afin d'étudier les problèmes urgents, de déterminer si les pensionnaires ont besoin de soins hospitaliers et d'intervenir afin de prévenir les visites inutiles à l'hôpital ou aux urgences. Les mesures qu'on peut prendre pour éviter que les gens ne se rendent à l'hôpital comprennent : goutte-à-goutte intraveineux et soin des plaies. Dans un établissement pilote de Hamilton, des infirmières praticiennes visiteuses ont évité l'hospitalisation dans 39 à 43 pour 100 des cas⁷². Voir également l'étude de cas à la section 7.2.4.

Le Ministère coordonne le travail d'une équipe établie pour mettre en œuvre les conclusions du rapport *Des femmes et des hommes au service des autres*. L'une de ses fonctions est d'établir des plans de dotation en personnel comportant le bon nombre et le bon mélange d'employés pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario.



3.6.5 Que pouvez-vous faire??

Si vous ou un membre de votre famille vivez dans un foyer de soins de longue durée ou en cherchez un, réfléchissez à ces importants aspects de soins de qualité élevée :

- Avez-vous l'impression de vous sentir chez vous?
- Le foyer offre-t-il des programmes sociaux et récréatifs pour encourager les gens à participer et à combattre la dépression et le sentiment d'isolement?
- Vous offre-t-on plusieurs choix de menus?
- Le personnel aide-t-il régulièrement les personnes qui ne peuvent pas se déplacer à le faire et ces personnes sont-elles soutenues par des oreillers ou d'autres matériels afin de prévenir les plaies de pression?
- Le foyer offre-t-il des séances de physiothérapie et d'ergothérapie pour que les pensionnaires soient aussi actifs que possible?

Chaque foyer est doté d'un conseil des pensionnaires et d'un conseil de famille. Vous pouvez demander à parler à des représentants de ces groupes afin d'en savoir plus sur le foyer ou de suggérer des améliorations.

3.7 Soigner le cancer

3.7.1 Pourquoi est-ce important?

Le cancer est une maladie commune au Canada. Compte tenu des tendances actuelles, près de 40 pour 100 des Canadiennes et près de 45 pour 100 des Canadiens auront le cancer à un moment donné de leur vie⁷³. Heureusement, être atteint du cancer n'est plus la sentence de mort que ce fut autrefois. Il y a eu d'importantes améliorations dans tous les aspects du traitement du cancer – chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie – au cours des deux dernières décennies. Plus de la moitié des patients pour lesquels on a diagnostiqué un cancer vivent cinq ans après la pose du diagnostic (c'est ainsi qu'on mesure le taux de survie des personnes atteintes de cancer) et plusieurs types de cancers ont des taux de survie de plus de 80 ou 90 pour 100. Survivre au cancer dépend surtout du type de cancer dont la personne est atteinte et le stade auquel le cancer est décelé. Nous devons nous assurer que les traitements du cancer et que le système tout entier de soins du cancer sont aussi efficaces que possibles, afin de réduire la douleur et la souffrance et d'optimiser la manière dont les fonds sont dépensés.

Pour ce faire, nous avons étudié deux des cancers les plus courants – ceux du cancer du côlon et du sein – afin de voir si le taux de survie s'est amélioré au fil du temps. Nous avons utilisé le « ratio de survie relatif » qui indique l'impact que le cancer a sur l'espérance de vie normale. Il s'agit du ratio de survie d'un groupe de personnes atteintes du cancer par rapport au taux de survie d'un groupe de la population générale présentant les mêmes caractéristiques générales (comme l'âge et l'endroit où ils vivent).

Nous avons également étudié si une méthode d'importance vitale – soumettre les femmes qui ont subi une lumpectomie pour le cancer du sein à des séances de radiothérapie – a été adoptée, comme moyen d'évaluer si nous réussissons à intégrer les nouvelles connaissances au traitement du cancer.

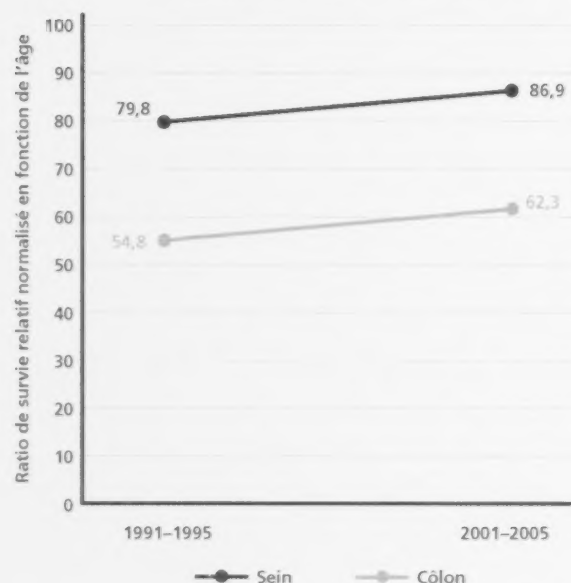
3.7.2 Qu'avons-nous constaté?

Le taux de survie au cancer s'est considérablement amélioré pour les cancers du sein et du côlon. Toutefois, certaines femmes atteintes du cancer du sein ne reçoivent pas de séance de radiothérapie alors qu'elles pourraient en bénéficier. Nous devons savoir pourquoi.

Le taux de survie relatif au cancer du sein et du côlon s'est amélioré considérablement. Le taux de survie de cinq ans après le diagnostic des personnes atteintes du cancer du sein est bon, soit 87 pour 100, bien que le taux de survie au bout de cinq ans pour les personnes atteintes du cancer du côlon ne soit que passable, 62 pour 100; autrement dit, seulement 62 pour 100 des personnes atteintes du cancer du côlon devraient survivre au bout de cinq ans comparativement à la population générale.

L'amélioration des chances de survie est en partie attribuable à des traitements plus efficaces. Mais le facteur le plus impor-

Variations des ratios de suivi relatifs sur cinq ans au fil du temps, Ontario, 1991-1995 – 2001-2005



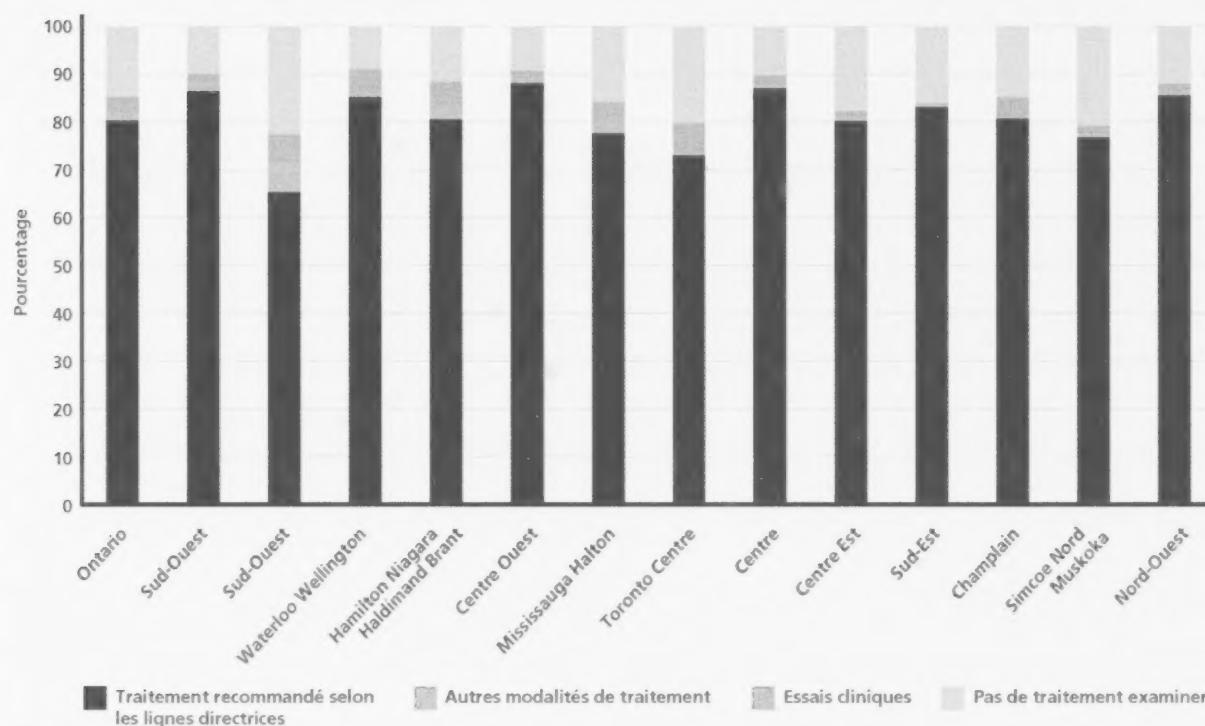
Source : Action Cancer Ontario, registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario.

Commentaire : Les données sont rajustées en fonction de l'âge et du sexe. La population standard correspond aux cas courants du cancer de sein et de côlon depuis 1992-2001.

tant qui contribue au taux de survie est le dépistage précoce de la maladie, ce qui se fait au moyen d'examens réguliers. Cette amélioration du taux de survie peut aussi être attribuable à des méthodes de dépistage du cancer plus nombreuses et améliorées dans la province, méthodes qui permettent de déceler des cancers importants qui progressent lentement qu'on n'aurait pas pu autrement diagnostiquer.

En Ontario, 80 pour 100 des patientes en stade précoce qui ont eu une lumpectomie reçoivent des séances de radiothérapie conformément aux lignes directrices recommandées. Un petit nombre de femmes ont préféré participer à des essais cliniques, ce qui est une bonne chose, ou ont eu un différent type de traitement conformément à leur situation particulière. Toutefois, il y a encore 15 pour 100 de femmes pour lesquelles aucun traitement n'a été signalé. Il est possible que certaines aient refusé la radiothérapie, soit à cause des effets secondaires ou parce que cela n'était pas pratique. Néanmoins, nous sommes préoccupés par le fait que certaines femmes ne reçoivent pas un traitement important dont elles pourraient bénéficier. Nous devrions au moins savoir pourquoi cela se produit. On pourrait en déterminer la raison en vérifiant le fichier d'un échantillon de femmes qui ont eu une lumpectomie sans subir de séances de radiation.

Pourcentage de personnes traitées par radiothérapie en fonction des lignes directrices recommandées suite à une chirurgie du sein entre avril 2005 et mars 2007



Source : Action Cancer Ontario, Rapport du niveau d'activité et registre du cancer de l'Ontario.



3.7.3 Pourquoi ne procède-t-on pas systématiquement à des séances de radiation après une lumpectomie?

Des études antérieures portant sur le cancer du sein à un stade précoce ont permis de déterminer que la radiothérapie réduisait le risque de récurrence, mais pas le taux de décès⁷⁴. Selon les résultats d'une étude particulière, les femmes âgées de 70 ans et plus qui ont de petites tumeurs et des récepteurs d'estrogène positifs peuvent éviter la radiothérapie si elles prennent du tamoxifène⁷⁵. Toutefois, une recherche plus récente, entreprise en 2005 et rassemblant des données provenant de 78 études différentes, a permis de déterminer que la radiothérapie améliorait le taux de survie⁷⁶. Il se pourrait que certains médecins ne soient pas au courant de ces résultats ou n'y croient pas et qu'ils n'encouragent pas les femmes à subir des séances de radiothérapie, ou encore que certaines patientes évitent la radiothérapie par crainte des effets secondaires.

3.7.4 Pratiques exemplaires

Il y a des protocoles normalisés de séances de radiothérapie, qui signifient que cette méthode de traitement devrait être identique partout, mais qu'elle diffère selon les régions de la province. Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Ouest affiche le plus fort taux de patientes pour lesquelles la radiothérapie est recommandée, suivi par les RLSS du Centre et d'Erie-St. Clair. Les taux les plus faibles de patientes qui reçoivent

les soins recommandés se trouvent dans les RLIS de Toronto-Centre et du Sud-Ouest.

3.7.5 Que fait-on en Ontario?

Action Cancer Ontario, l'organisme qui coordonne les soins du cancer, collabore avec ses vice-présidents régionaux et les administrateurs des hôpitaux afin de déterminer la raison pour laquelle les méthodes de traitement varient et de faire en sorte que les patients soient mieux en mesure de recevoir des soins modernes et fondés sur des données probantes.

Action Cancer Ontario prend diverses mesures pour améliorer les soins. L'une de ces mesures consiste à promouvoir des conférences de cas multidisciplinaires qui réunissent tous les professionnels responsables des soins d'un patient qui examineront ses progrès

et évalueront rapidement toutes les options de traitement afin que la personne obtienne tous les soins dont elle a besoin en temps voulu. Une autre mesure consiste à relier le fichier des interventions chirurgicales subies par le patient dans les hôpitaux locaux avec les fichiers de séances de radiothérapie effectuées au centre de cancérologie, ce qui devrait faciliter la transition entre les soins. Action Cancer Ontario collabore également avec des médecins afin d'étudier les dernières recherches et de se tenir au courant des lignes directrices en matière de soins.

3.7.6 Que pouvez-vous faire?

La Société canadienne du cancer, son agence ontarienne, votre centre local de lutte contre le cancer, les organismes et les groupes de soutien disposent de renseignements détaillés sur tous les types de cancer. Toutefois, il est très important que vous soyez bien informé et que vous participiez activement aux décisions concernant vos soins pour lutter contre le cancer. Pour les personnes atteintes du cancer qui savent se servir d'Internet, Caring Voices, <http://www.caringvoices.ca/en/>, site communautaire de l'Hôpital Princess Margaret, offre toutes sortes de renseignements, d'outils, et d'informations sur les groupes de soutien, ainsi qu'un forum où les cliniciens répondent aux questions des patients pour les aider à naviguer le système de lutte contre le cancer et à comprendre tout ce qu'ils doivent savoir.



4



On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs lorsqu'on se fait soigner.

4.1 Introduction

Depuis quelques années, la sécurité des patients est devenue une priorité nationale et provinciale. Un système de santé sûr se dote de procédures pour déceler, réduire et éliminer les erreurs et les accidents qui peuvent porter préjudice aux patients. Une étude importante intitulée Canadian Adverse Events Study, menée par Baker et Norton en 2004, a déterminé qu'on pouvait éviter 2,8 accidents pour 100 hospitalisations⁷⁷. En chiffres bruts, il y a environ 70 000 hospitalisations au Canada chaque année durant lesquelles les gens subissent des blessures qui auraient pu être évitées.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients travaille en étroite collaboration avec des organismes du Canada pour améliorer la sécurité des patients. Depuis avril 2005, l'Institut a appuyé et financé la campagne Safer Healthcare Now! du Quality Healthcare Network en Ontario. Cette campagne invite les hôpitaux et d'autres établissements médicaux de la province à viser les objectifs suivants :

- réduire les infections dans les hôpitaux (pneumonies associées aux ventilateurs, cathéters centraux, sites opératoires et microbes);
- éviter les arrêts cardiaques (grâce à des équipes d'intervention rapide);
- améliorer la manière dont on soigne les crises cardiaques;
- coordonner les traitements médicamenteux afin d'éviter les problèmes dus au manque de communication;
- prévenir les chutes dans les foyers de soins de longue durée;
- prévenir la formation de caillots dans les hôpitaux.

Cette année, le gouvernement de l'Ontario a demandé aux hôpitaux de publier des rapports sur huit indicateurs de sécurité dans les soins de santé – y compris la manière dont beaucoup de patients attrapent des infections dangereuses au *Clostridium difficile* (*C. difficile*). Cette mesure s'inscrit dans le cadre d'un plan ayant pour but d'améliorer la sécurité dans les hôpitaux en rendant leurs activités plus transparentes. La recherche indique que lorsqu'il y a plus de transparence au sujet des problèmes dans le domaine des soins de santé, il est probable que des améliorations s'ensuivent.

Malgré toute l'attention accordée à la sécurité jusqu'ici dans les hôpitaux, il y a des problèmes de sécurité également aux urgences, dans les foyers de soins de longue durée et au sein de la collectivité. Le rapport de cette année examine tous ces secteurs.

4.1.1 Principaux points au sujet de la sécurité

- Malgré les professionnels compétents et bien intentionnés qui travaillent dans le système de santé ontarien, beaucoup de patients subissent des blessures lorsqu'ils reçoivent des soins. Ces blessures sont souvent le résultat de lacunes dans la manière dont le système est conçu.
- Plus de 66 000 personnes âgées reçoivent des médicaments pour lesquels il existe des alternatives plus sûres. Les personnes âgées qui vivent dans des foyers de soins de longue durée tombent souvent et souffrent de plaies de pression, deux problèmes qui peuvent être évités.
- Il y a des accidents dans les hôpitaux lorsqu'une personne oublie de donner un médicament, donne le mauvais médicament ou la mauvaise dose ou administre le médicament de la mauvaise manière. Il y a également des diagnostics erronés – parfois, les crises cardiaques ou les hémorragies cérébrales ne sont pas diagnostiquées quand les personnes se rendent aux urgences.
- Par ailleurs, l'Ontario fait office de chef de file en publiant des rapports sur les infections dans les hôpitaux. Le Conseil loue la province de cet effort vers une plus grande transparence à l'égard des renseignements fournis au public.





4.2 Innocuité des médicaments

4.2.1 Pourquoi est-ce important?

Les médicaments sont une composante importante de soins de santé complets. Lorsqu'ils sont bien administrés, ils sauvent des vies et améliorent la qualité de vie, bien qu'il soit important de souligner que presque tous les médicaments ont des effets secondaires et certains causent plus de problèmes que d'autres. Si nous améliorons la manière dont ces médicaments sont utilisés, on améliorera également la sécurité des patients.

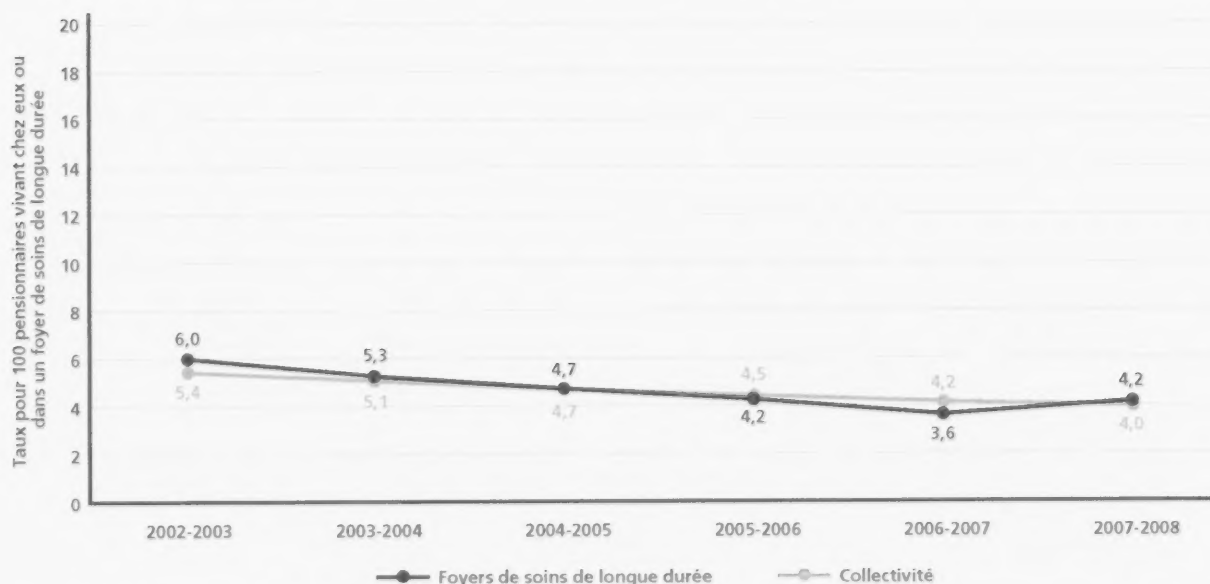
Les personnes âgées étant davantage portées à avoir plus des problèmes de santé, elles prennent plus de médicaments et risquent davantage de subir les effets secondaires des médicaments. Des comités de médecins et de pharmaciens ont identifié les médicaments qui ne devraient pas être pris par des personnes âgées en raison de leurs effets secondaires potentiellement sérieux comme les vertiges et les chutes⁷⁸. Il y a souvent des médicaments moins dangereux. Nous devons réduire l'utilisation de ces médicaments dangereux.

Un autre aspect important de l'innocuité des médicaments est d'assurer que les personnes prennent les bons médicaments, à la bonne dose et au bon moment, et de la bonne manière. Si on donne une dose trop élevée de médicaments par accident, cela peut entraîner des effets secondaires sérieux, voire le décès. Si la dose est trop faible ou si on oublie une dose, le problème de santé peut empirer. Et si on donne le mauvais médicament, les deux conséquences peuvent s'ensuivre – des effets secondaires dus au médicament et le non-traitement du problème de santé.

4.2.2 Qu'avons-nous constaté?

La liste des médicaments que les personnes âgées ne doivent pas prendre est appelée liste Beers, d'après le Dr Mark Beers, qui en a établi la version originale. Dans le rapport de cette année, nous nous penchons sur une version abrégée de la liste Beers, y compris les médicaments uniquement pour lesquels il a été établi qu'ils ne doivent pas être administrés aux personnes âgées.

Taux pour 100 pensionnaires (âgés de 65 ans et plus) vivant chez eux ou dans un foyer de soins de longue durée en Ontario, 2002-2003 à 2007-2008



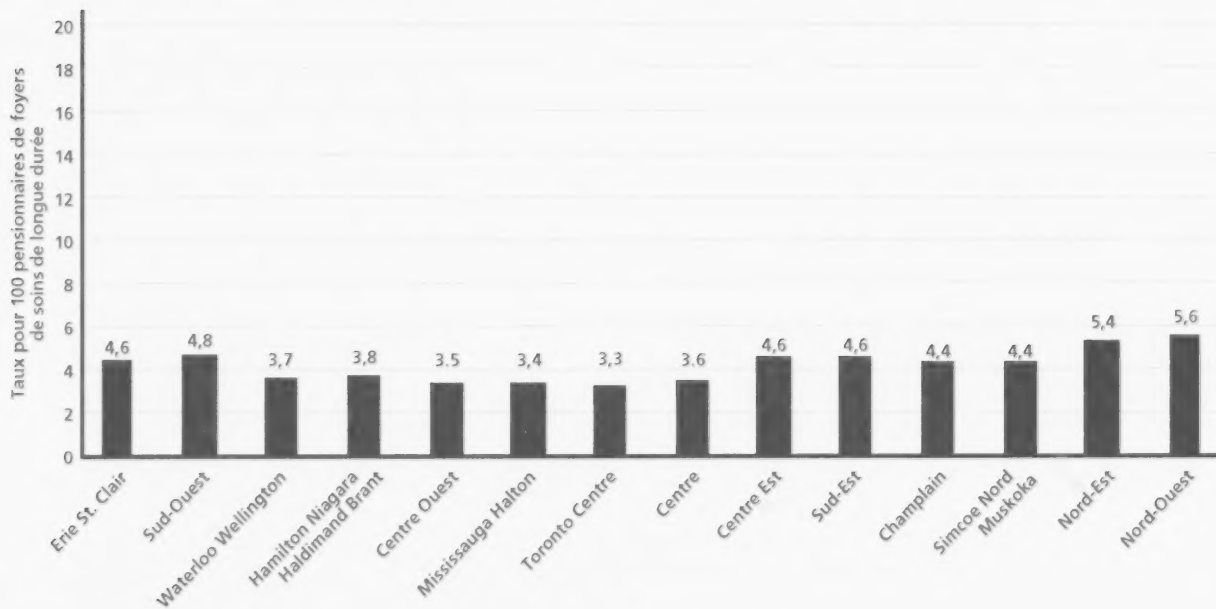
Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

La prise de médicaments potentiellement dangereux pour les personnes âgées décline, mais d'autres améliorations s'imposent encore. Diverses erreurs peuvent se produire dans les hôpitaux au niveau des médicaments, par exemple, on peut omettre une dose, donner un mauvais médicament ou une dose incorrecte ou administrer le médicament incorrectement.

En 2007-2008, une personne âgée sur 25 a reçu des médicaments pour lesquels il existait des alternatives plus sûres. Le taux d'utilisation de ces médicaments est à peu près le même dans les foyers de soins de longue durée que dans la collectivité. Heureusement, ce taux diminue depuis les six dernières années. Les médicaments les plus communs utilisés dans les foyers de soins de longue durée et dans la collectivité qui ne devraient pas être administrés sont le diazépam (Valium), la fluoxétine (Prozac), l'indométacine, la doxépine et des doses élevées d'amitriptyline** (c'est-à-dire plus de 25 mg par jour).



Taux de prescription d'au moins un médicament potentiellement inapproprié pour 100 personnes (âgées de 65 ans et plus) vivant dans un foyer de soins de longue durée en Ontario, 2007-2008



Source : *Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé*

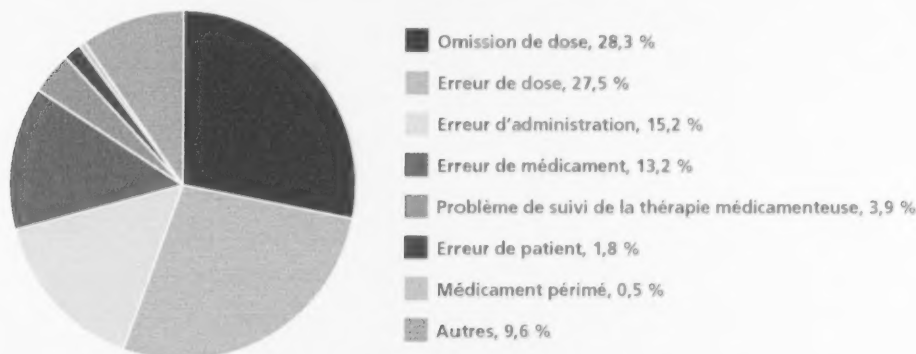
Commentaire : *Sont exclus le traitement hormonal substitutif et les faibles doses d'amitriptyline (<25 mg)*

Les taux de prescription de médicaments potentiellement dangereux pour les personnes âgées varient selon les régions. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé du Nord-Ouest et du Nord-Est enregistrent des taux plus élevés que les réseaux

de Toronto-Centre et Mississauga. À l'avenir, nous publierons un rapport sur le taux d'utilisation des médicaments potentiellement dangereux par foyer de soins de longue durée.

** La liste complète des médicaments potentiellement dangereux utilisée pour établir ce graphique se trouve dans notre Rapport technique de 2009 (www.ohqc.ca).

**Pourcentage d'incidents associés à l'administration de médicaments,
ayant entraîné une détérioration de la santé ou le décès,
par type d'incident, en Ontario, 2002-2008**



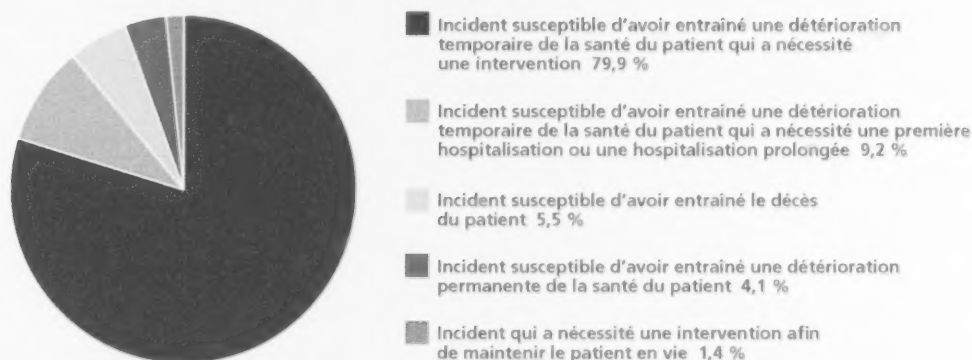
Source : L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada

Commentaire : Les résultats reposent sur des déclarations volontaires; les établissements n'ont pas donné leur nom à ISMP Canada; la majorité des déclarations proviennent d'établissements de soins actifs.

Pour étudier les erreurs d'administration de médicaments qui provoquent des accidents dans les hôpitaux, nous avons utilisé les données soumises par 47 hôpitaux de la province de manière volontaire et anonyme à l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada). Les données ne disent pas dans quelle mesure les erreurs sont communes, mais elles peuvent montrer les types d'erreurs et les problèmes qu'elles causent.

Les données indiquent que les quatre types d'erreurs les plus fréquentes qui provoquent des accidents ou le décès sont : on oublie de donner le médicament, on donne la mauvaise dose, on administre le médicament incorrectement ou le mauvais médicament.

**Pourcentage d'incidents dus à l'administration de médicaments et
entraînant une détérioration de la santé ou le décès signalés par le National
Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2000-2008**



Source : L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada

Commentaire : Les résultats reposent sur des déclarations volontaires; les établissements n'ont pas donné leur nom à ISMP Canada; la majorité des déclarations proviennent d'établissements de soins actifs.

Lorsqu'une erreur de médicament provoque un incident, l'effet est habituellement temporaire, mais dans 5,5 pour 100 des cas, les soignants pensaient que l'incident aurait pu contribuer au décès du patient.

Les données montrent que les types de médicaments le plus souvent associés aux erreurs entraînant des accidents sont l'insuline, les opioïdes (médicaments antidouleur), les anticoagulants et les médicaments pour soigner l'hypertension. Tous ces médicaments sont souvent nécessaires et bénéfiques, mais nous devons trouver des méthodes plus sûres de les utiliser.



4.2.3 Pourquoi y a-t-il des problèmes d'innocuité des médicaments

Voici quelques raisons pour lesquelles les personnes âgées prennent parfois des médicaments dangereux :

- **Habitudes.** Les patients hésitent parfois à arrêter de prendre le médicament auquel ils sont habitués depuis des années.
- **Ignorance.** Les patients, les médecins ou les foyers de soins de longue durée ne savent peut-être pas qu'un médicament est dangereux et qu'il existe des médicaments plus sûrs.
- **Manque de choix.** Il peut y avoir de rares exceptions où un médicament sur la liste est la seule option viable, par exemple, si le patient est allergique au médicament plus sûr.
- **Difficulté à cesser les médications.** Les médicaments comme le diazépam (Valium) sont des sédatifs et le sevrage de ces médicaments peut entraîner des insomnies, au moins au début. Les pensionnaires qui sont sevrés d'un médicament ont besoin parfois de plus d'attention, ce qui accroît la charge de travail du personnel.

Il y a une myriade de raisons pour lesquelles des erreurs de médication surviennent dans les hôpitaux. En voici quelques-unes :

- L'écriture du médecin est illisible
- Le médicament a un nom qui ressemble à celui d'un autre médicament et les deux ont été mêlés
- Le personnel confond deux patients ayant des noms similaires.

- Une commande verbale de médicament n'est pas bien entendue.
- La mauvaise étiquette est placée sur le médicament.
- La personne ne voit pas le point décimal, par exemple, elle lit 5 mg au lieu de 0,5 mg.
- Les doses sont mal calculées – on entre les mauvaises données dans la calculatrice, par exemple des « livres » au lieu de « kilogrammes ».
- Les chariots à médicaments ne sont pas tous disposés et agencés de la même façon dans un hôpital. Par exemple, si chaque service range son chariot à médicaments à sa manière, l'infirmière qui a l'habitude de prendre un médicament sur l'étagère supérieure dans un service risque de faire la même chose dans un autre, alors que le chariot est agencé différemment.
- Tous les renseignements sont justes, mais la personne qui administre le médicament fait une erreur, car elle est débordée ou son attention a été détournée.

4.2.4 Que fait-on pour prévenir les erreurs de médication

Selon une étude menée au Québec, un système informatisé d'aide à la prise de décisions, chargé d'alerter les médecins lorsqu'ils prescrivent un médicament potentiellement dangereux, a permis de réduire les prescriptions pour ce genre de médicament de 18 pour 100⁷⁹.

Les systèmes informatisés permettent aux médecins d'entrer les commandes de médicaments directement dans l'ordinateur, souvent à l'aide d'un menu de choix standard, ce qui réduit les problèmes associés aux écritures illisibles et aux erreurs de transcription. Des études ont permis d'établir que ce système réduit les erreurs de médicaments graves de 30 à 84 pour 100^{80 81}. Le Réseau universitaire de santé de Toronto a commencé à commander des médicaments par ordinateur en 2004⁸².

Voici quelques autres moyens d'éviter les erreurs de médicaments :

- appareils de distribution de médicaments informatisés⁸³, munis de tiroirs contenant les médicaments de chaque patient et qui s'ouvrent automatiquement lorsque le médicament doit être administré;
- appareil distributeur de « dose unique »⁸⁴, qui permet à la pharmacie de préparer les médicaments destinés à un patient afin qu'ils soient administrés au bon moment, ce qui permet d'éliminer les erreurs de dose de la part du personnel infirmier;
- normalisation de la disposition des chariots de médicaments dans un même établissement;
- garder les médicaments les plus dangereux à l'écart des autres médicaments.

4.2.5 Que fait-on en Ontario?

Il est rare que les médecins prescrivent aux personnes âgées des médicaments non couverts par l'assurance provinciale. Une étude de l'Université de Toronto⁸⁵ a permis d'établir que la moitié des médicaments figurant sur la liste Beers en vente aux États-Unis ne sont pas couverts en Ontario; il est donc peu probable qu'ils soient prescrits.

Selon la Stratégie ontarienne de cybersanté, les systèmes électroniques de prescription et d'information sur les médicaments sont une priorité immédiate. Il est question d'entreprendre deux projets pilotes de prescription électronique qui concernera près de 100 000 habitants ontariens.

Le Système du réseau de santé relie toutes les pharmacies de l'Ontario aux systèmes informatisés du ministère de la Santé⁸⁶. Ce système est conçu pour traiter les demandes de remboursement des médicaments, mais peut aussi prévenir un pharmacien lorsque des médicaments potentiellement dangereux sont prescrits et lorsque des personnes reçoivent une prescription en double.

L'Ontario a également établi un groupe de travail sur la gestion des médicaments⁸⁷ dans les foyers de soins de longue durée. Ce groupe de travail a commencé son travail en juillet 2008 en étudiant les méthodes d'administration des médicaments dans tous les foyers de soins de longue durée, afin de déceler les problèmes communs et de trouver des idées d'amélioration. Des vérifications formelles sont également effectuées dans quelques foyers. Un rapport devrait être publié en 2009.

ISMP Canada offre un programme d'auto-évaluation concernant l'innocuité des médicaments qui permet aux hôpitaux et aux foyers de soins de longue durée de déceler les problèmes de gestion des médicaments. De plus, ISMP Canada élargit sa base de données de déclaration volontaire des incidents concernant les médicaments dans les foyers de soins de longue durée et les pharmacies.

Les systèmes informatisés de prescription des médicaments sont particulièrement importants pour le cancer en raison des nombreux médicaments complexes préparés pour chaque patient et parce que les systèmes informatisés de prescription contribuent à assurer que les commandes sont communiquées de manière exacte et claire aux pharmaciens. Action Cancer Ontario souhaiterait que 90 pour 100 de toutes les commandes de médicaments systémiques ou de chimiothérapie soient effectuées par ordinateur en Ontario. En 2006, seulement 62 pour 100 l'étaient⁸⁸.



4.2.6 Que pouvez-vous faire?

Vous pouvez consulter notre version de la liste Beers (Rapport technique disponible à : <http://www.ohqc.ca/fr/index.php>). Pour la liste complète, consultez les Archives of Internal Medicine, Volume 163, n° 22, 8 décembre 2003, article intitulé *Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*, p. 2716. Ce texte est disponible en ligne à : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/163/22/2716> et la liste seulement à : <http://www.dcri.duke.edu/ccge/curtis/beers.html>

Si l'un des médicaments que vous prenez figure sur la liste, demandez à votre médecin s'il existe une alternative plus sûre. Ne cessez pas de prendre le médicament avant d'en avoir parlé avec votre médecin.

Vérifiez si votre médicament est sur la liste des médicaments similaires à d'autres ou si son nom ressemble à un autre et rappelez aux soignants qu'ils doivent bien faire attention de ne pas confondre votre médicament avec un autre. La liste de ces médicaments se trouve à : <http://www.ismp.org/tools/confuseddrugnames.pdf>.

Les Ontariennes et Ontariens devraient également tirer parti de MedsCheck pour demander à leur pharmacien des renseignements sur tous leurs médicaments. Voir les sections 3.5.5 et 9.4.4 pour plus de précisions.

4.3 Éviter les accidents – Réduire les chutes, les plaies de pression et les infections dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée

4.3.1 Pourquoi est-ce important?

Les Ontariennes et Ontariens ne devraient pas être victimes d'accidents ou d'erreurs lorsqu'ils sont hospitalisés ou dans un foyer de soins de longue durée, mais cela arrive – et on pourrait souvent éviter de tels accidents avec quelques précautions. Il n'y a pas si longtemps, des infections que des patients ont attrapées à l'hôpital ont fait la une des médias. D'autres dangers courants pour les patients sont les chutes et les plaies de pression.

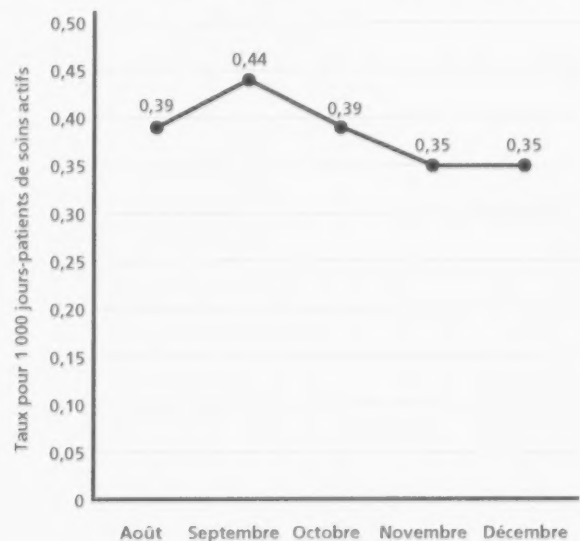
Le gouvernement de l'Ontario a obligé les hôpitaux à publier des rapports sur les infections en septembre 2008, en commençant par les infections à *C. difficile*; nous présentons les résultats des premiers mois. *C. difficile* est une bactérie qui vit dans 3 à 4 pour 100 des adultes sans provoquer de symptômes, mais pour les personnes qui prennent des doses élevées d'antibiotiques, celles qui ont subi une chirurgie des intestins ou une chimiothérapie, ou qui sont hospitalisées depuis longtemps, peuvent être victimes de diarrhée sérieuse parfois mortelle. *C. difficile* se propage dans les établissements si des mesures d'hygiène ne sont pas en place, y compris une bonne hygiène des mains.

Les chutes constituent la principale blessure qui entraîne une hospitalisation en Ontario – près de 60 pour 100 des blessures entraînant une hospitalisation chaque année en Ontario sont attribuables à des chutes. Environ 40 pour cent des adultes plus âgés hospitalisés après une chute se fracturent une hanche et environ 7 pour 100 de ces personnes en meurent⁸⁹. Être dans un foyer ne réduit pas le risque; les chutes constituent le principal problème de sécurité dans les foyers de soins de longue durée. En outre, près de 40 pour 100 des personnes âgées qui ont fait une chute sont admises dans un foyer de soins de longue durée⁹⁰.

Les plaies de pression, également appelées escarres, sont causées par le manque de circulation dans la partie de la peau qui est constamment sous pression parce qu'un patient ne peut bouger. Cela commence par une plaque rouge, mais peut rapidement se transformer en ampoules, plaies ouvertes et puis des trous à l'endroit où les tissus sont nécrosés. Ces plaies sont douloureuses et lorsqu'elles s'ouvrent, il est difficile de les traiter et cela coûte cher; alors qu'on peut facilement les éviter.

4.3.2 Qu'avons-nous constaté?

Cas d'infections acquises à *C. difficile* pour 1 000 jours-patients dans les hôpitaux de soins actifs en Ontario, 2008

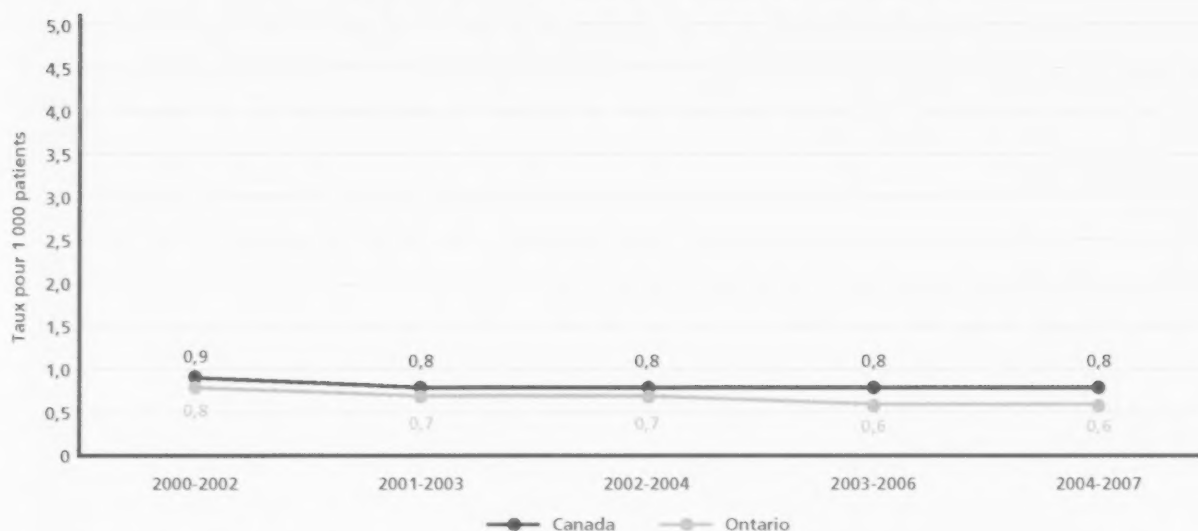


Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée⁹¹.

Les hôpitaux ontariens ont commencé à publier des rapports sur les infections à *C. difficile* en août 2008⁹². Le taux d'infection en décembre 2008 était de 0,35 pour 1 000 jours-patients, ce qui s'est traduit par 295 cas pendant ce mois.



**Taux rajusté de fractures de la hanche à l'hôpital pour 1 000 patients
en Ontario et au Canada, 2000-2002 à 2004-2007
(valeur médiane des moyennes de trois exercices)**

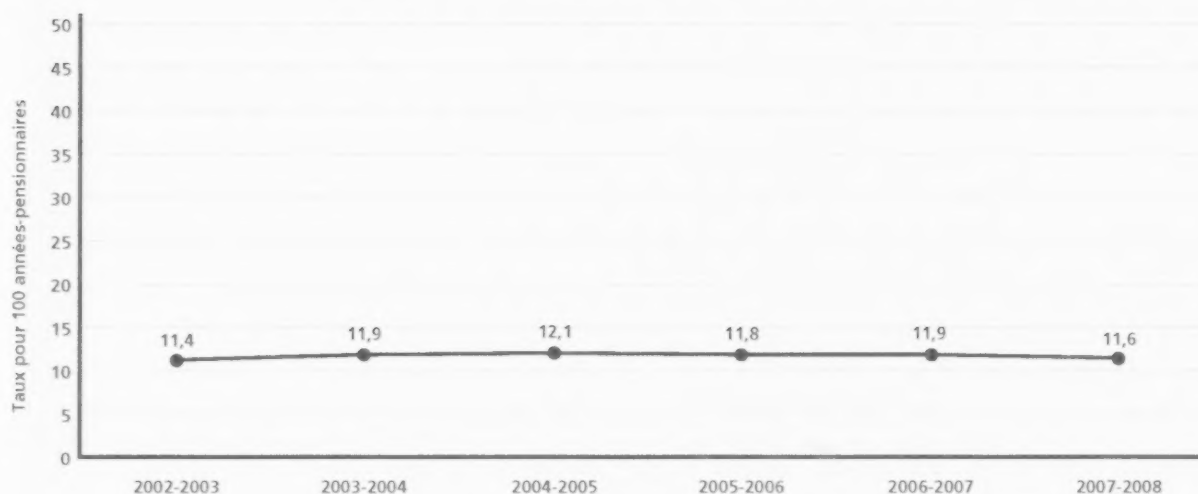


Source : ICIS

Commentaire : Les données sont rajustées en fonction du risque pour l'âge, le sexe, s'il y a eu intervention chirurgicale, et la présence de troubles médicaux qui accroissent les risques de chute.

Il est rare qu'un patient se casse une hanche à l'hôpital – seulement une personne sur 2 000 le fait. Ce taux a diminué au cours des cinq dernières années et il est le plus bas de l'ensemble du Canada.

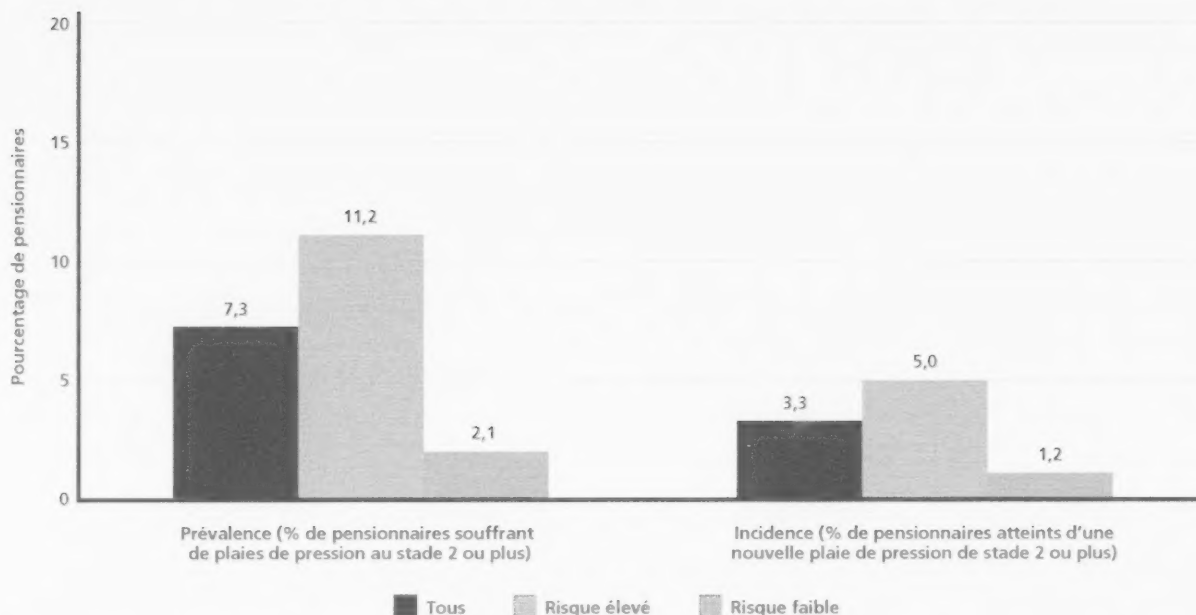
**Taux de chutes de personnes âgées (65 ans et plus) entraînant une visite aux urgences
ou une hospitalisation pour 100 années-pensionnaires de foyers de soins à
longue durée en Ontario, 2002-2003 à 2007-2008**



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

La situation n'est pas aussi bonne pour les foyers de soins de longue durée; il y a environ 11 chutes assez graves pour nécessiter une visite aux urgences pour chaque groupe de pensionnaires de foyers de soins infirmiers en Ontario, pour les pensionnaires que nous avons suivis pendant un an. En outre, ces taux n'ont pas bougé au cours des cinq dernières années.

Incidence et prévalence des plaies de pression en Ontario, janvier-mars 2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

L'Ontario vient à peine de commencer à recueillir des données sur les plaies de pression dans un petit nombre de foyers de soins de longue durée, dans le cadre de ses évaluations interRAI. En 2007-2008, 7,3 pour 100 des pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant participé à une enquête étaient atteints de plaies de pression du stade 2 ou plus (plus le nombre est élevé, plus la plaie est grave, jusqu'au stade 4). Les plaies de pression sont plus fréquentes chez les patients jugés être à risque élevé – 11,2 pour 100 de ces personnes en sont atteintes, tandis que 2,1 pour 100 des personnes à faible risque en ont.

Nous avons également étudié la fréquence des nouvelles plaies et avons constaté que 3,3 pour 100 des pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui n'avaient pas de plaies lors de l'évaluation précédente en avaient développé une. Pour les personnes à risque élevé, le taux est de 5,0 pour 100. Ce taux est de 1,2 pour 100 pour les patients à faible risque.

4.3.3 Pourquoi les patients subissent-ils des préjudices?

- **Problème d'hygiène.** La principale raison pour laquelle les patients attrapent des infections à l'hôpital est une mauvaise hygiène des mains de la part des soignants et des visiteurs. Les gens oublient de se laver les mains ou bien l'hygiène des mains ne fait pas partie de la culture de l'hôpital, celui ne dispose pas des installations nécessaires, ou les employés croient que s'ils se lavent trop souvent les mains, ils auront des crevasses.
- **Manque de continuité dans les soins.** Parfois, les infections se propagent lorsque les chambres ou le matériel des hôpitaux

n'est pas assez bien désinfecté et parfois parce que les employés ne reconnaissent pas l'infection assez rapidement.

- **Médication.** Les chutes sont souvent le résultat d'une médication inappropriée⁹³. Certains médicaments provoquent des vertiges chez les personnes âgées, surtout lorsqu'elles descendent du lit (pour ne pas confondre avec 'se lever d'une chaise, par ex.).
- **Environnement.** Divers facteurs, internes et externes, par exemple : un éclairage insuffisant, des espaces encombrés ou des planchers et des escaliers glissants peuvent être dangereux pour une personne malade ou une personne âgée frêle.
- **Matériel.** Les barres de lit, qui sont conçues pour empêcher les patients de tomber, accroissent parfois les chutes si elles ne sont pas bien conçues ou assemblées, car certaines personnes âgées évitent de les mettre comme il faut⁹⁴.
- **Problèmes physiques.** Même les personnes âgées en bonne santé peuvent avoir une mauvaise vision tandis que d'autres ne font pas beaucoup d'exercice, ce qui les affaiblit et les empêche d'avoir un bon équilibre.
- **Les soins de la peau ne sont pas assez méticuleux.** Les personnes âgées risquent davantage d'avoir des plaies de pression parce que leur peau est fine et moins résistante, mais ces plaies peuvent être prévenues grâce à de bons soins de la peau⁹⁵, notamment :
 - une bonne alimentation et hydratation;
 - maintenir l'hygiène de la peau (en cas d'incontinence, changer régulièrement les protections);



- vérifier régulièrement l'état cutané pour des signes précoces de plaies de pression;
- changer de position fréquemment;
- les employés doivent faire attention de ne pas tirer sur la peau lorsqu'on déplace le patient;
- utiliser des matelas adaptés afin de répartir la pression de manière plus égale.

Le personnel doit être formé à la prise en charge des plaies de pression et l'établissement doit disposer de suffisamment d'employés pour effectuer toutes les étapes requises. Cela peut être plus difficile si les patients ne sont pas heureux et s'ils ne mangent pas bien ou ne boivent pas suffisamment. Le refus d'acheter du matériel, comme des matelas spéciaux, est aussi un problème, bien qu'on ait constaté que cela permet d'économiser de l'argent sur le long terme⁹⁶, car une plaie de pression profonde est difficile à traiter et son traitement coûte cher.

4.3.4 Pratiques exemplaires?

Le taux d'infections à *C. difficile* en Ontario, qui s'établit à environ 0,39 pour 1 000 jours-lits semble être meilleur qu'au Québec où le taux est de 0,6⁹⁷. Les taux sont également plus faibles qu'au Royaume-Uni (1,18)⁹⁸, mais il est possible que notre méthode de calcul soit différente.

La Colombie-Britannique réussit bien à prévenir les chutes chez les personnes âgées depuis qu'elle a lancé un certain nombre d'initiatives en 2001 pour les prévenir. (www.injuryresearch.bc.ca). Le coût estimatif du traitement des blessures attribuables à des chutes dans les hôpitaux de Colombie-Britannique était de 24 millions de dollars inférieur en 2004-2005 par rapport au

coût estimatif de 175 millions de dollars établi en 2000-2001⁹⁹. Mais il y a également une baisse de 15,3 pour 100 des taux d'hospitalisation associés aux chutes (normalisés en fonction de l'âge) parmi les personnes de 65 ans et plus entre 1996-1997 et 2004-2005¹⁰⁰. La Colombie-Britannique est un chef de file mondial en ce qui a trait à la prévention des chutes.

Aux États-Unis, 12 pour 100 des pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui présentent un risque élevé de plaies de pression en ont une, ce qui n'est pas très différent du taux enregistré en Ontario. Les taux de plaies de pression constituent l'une des mesures de la qualité des soins de longue durée financés par Medicare aux États-Unis, où ils sont déclarés pour chaque foyer. Les établissements les plus performants affichent des taux d'environ 8 pour 100¹⁰¹.

4.3.5 Que fait-on en Ontario?

La stratégie ontarienne de contrôle des infections à *C. difficile*¹⁰² comprend la publication obligatoire de rapports sur les taux d'infection dans les hôpitaux; un programme appelé « Lavez-vous les mains » pour informer les professionnels de la santé sur la différence que peut faire une bonne hygiène des mains; le financement de 166 professionnels du contrôle des infections ayant reçu une formation spécialisée dans la prévention et le contrôle des infections, chargés de travailler dans les hôpitaux de la province; des Équipes ressources de lutte contre les infections, chargées d'intervenir lorsqu'une nouvelle éclosion se produit dans un hôpital. Les experts qui forment ces équipes ont reçu une formation sur la façon de déceler et de maîtriser les infections.

Soins de santé plus sécuritaires – Maintenant! est une campagne visant les chutes dans les foyers de soins de longue durée mis en œuvre de mai 2008 à mai 2009¹⁰³. Douze foyers de soins de longue durée de l'Ontario y participent. Le but est de réduire les chutes de 40 pour 100 en évaluant mieux les risques de chute, en communiquant ces risques et en faisant le nécessaire pour prévenir les chutes et réduire les blessures que celles-ci peuvent entraîner.

Le Programme de prévention des blessures dues aux chutes pour les personnes âgées du Nord-Ouest de l'Ontario fait partie de la Stratégie de vieillir à la maison du RLSS du Nord-Ouest¹⁰⁴, qui a été lancé cette année et qui comprend des séances d'information sur la prévention des chutes à l'intention des personnes âgées et des soignants. Le programme a commencé à être dispensé dans les localités où les salles des urgences sont les plus encombrées.

Le programme Pressure Ulcer Awareness and Prevention Collaborative a été lancé en Ontario en janvier 2009. Trente foyers de soins de longue durée participent à ce programme et celui-ci a pour but de réduire l'incidence et la prévalence des plaies de pression de 50 pour 100. Les équipes participantes apprennent des techniques d'amélioration de la qualité et se rencontrent périodiquement pour partager leurs expériences sur la manière d'améliorer les soins.

4.3.6 Étude d'un cas de réussite : Éliminer les chutes – Kensington Gardens met en œuvre un programme de prévention

Situation: Kensington Gardens est un foyer de soins de longue durée de 350 lits situé à Toronto. Son premier édifice a ouvert ses portes en 2002, avec 200 lits, le deuxième en 2004, avec 150 lits. Étant donné que Kensington Gardens est un nouvel établissement indépendant, il collabore avec une alliance de 22 foyers sans but lucratif de la région du Grand Toronto, tenant compte de données partagées pour évaluer la qualité des soins. Les comparaisons indiquent que les pensionnaires de Kensington Gardens ont un nombre de chutes supérieur à la moyenne.

Objectif : Réduire le nombre de chutes.

Mesures : Kensington Gardens a déterminé le nombre :

- de chutes;
- de chutes avec fractures (et de transferts aux urgences);
- de chutes donnant lieu à d'autres blessures;
- de chutes sans blessure;
- de pensionnaires ont fait des chutes;
- de pensionnaires qui ne sont tombés qu'une seule fois;
- de pensionnaires qui sont tombés plusieurs fois.

Changements : Kensington Gardens a adopté les lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Ces lignes directrices préconisent la formation de tous les employés sur le risque de chutes, décrivent les outils pour évaluer le risque et les interventions pour prévenir les chutes. Elles ont également présenté un document pour comparer trois chutes à un moment donné afin de voir s'il y a des tendances ou des facteurs contributifs communs.

Afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux pensionnaires lorsqu'ils tombent, le foyer a mis sur pied des exercices mensuels dans le cadre desquels un employé joue le rôle d'un pensionnaire. Ces exercices ont permis aux employés de s'entraîner à évaluer leur façon de procéder et à traiter les personnes qui tombent, et à prendre note des renseignements.



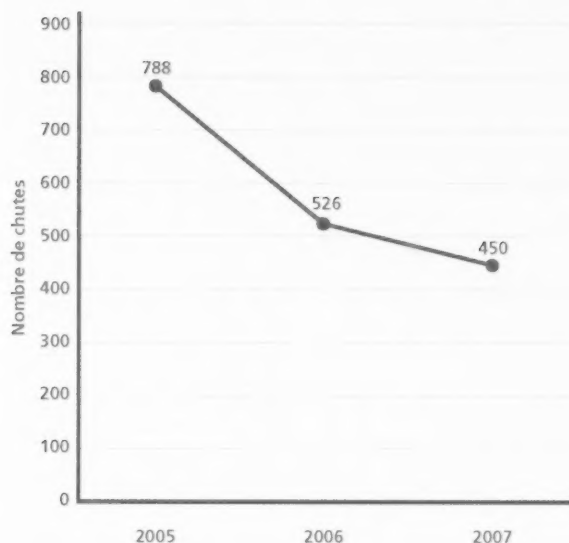
Indicateurs du Programme de prévention des chutes – Kensington Gardens

Indicateur	2005	2006	2007
Nombre de chutes	788	526	450
Nombre de chutes donnant lieu à des fractures (et entraînant un transfert aux urgences)	19	21	18
Nombre de chutes donnant lieu à d'autres blessures	233	134	141
Nombre de chutes sans blessure	526	372	300
Nombre de pensionnaires qui ont fait des chutes	547	423	366
Nombre de pensionnaires qui ne sont tombés qu'une seule fois	391	349	310
Nombre de pensionnaires qui sont tombés plusieurs fois	167	75	63

Source: Kensington Gardens, Toronto, Ontario

Le nombre de chutes a diminué considérablement sur une période de trois ans et il y a eu moins de chutes à répétition.

Nombre total de chutes à Kensington Gardens entre 2005 et 2007



Source: Kensington Gardens, Toronto, Ontario

Étapes suivantes : Kensington Gardens étudie régulièrement ses données et examine les tendances lors des réunions des services. Si les taux augmentent d'un mois à l'autre ou si les taux sont plus élevés que ceux d'autres foyers de la région du Grand Toronto, les employés en étudient les causes et modifient leurs façons de procéder pour enrayer la hausse. Des séances annuelles d'information sur les chutes et les exercices contribuent au dynamisme du programme.

4.3.7 Étude d'un cas de réussite : Éliminer les plaies de pression – ce qui se fait à Wellesley Central Place

Situation: Wellesley Central Place a ouvert ses portes pendant l'été 2005 à l'endroit même où se trouvait l'Hôpital Wellesley de Toronto, aujourd'hui disparu. Ce foyer de soins de longue durée de 150 lits est géré par le Drs. Paul et John Rekaï Centre, qui offre des soins de longue durée dans le quartier depuis 1988. Wellesley Central et le Rekaï Centre font partie des 20 foyers de soins de longue durée qui ont participé au Programme pilote de sensibilisation sur les plaies de pression, mis sur pied par l'Association canadienne du soin des plaies.

Objectif : L'un des objectifs de Wellesley Central est d'être un chef de file des méthodes cliniques dans le domaine des soins de longue durée et d'accroître la qualité de vie des pensionnaires, notamment en :

- perfectionnant les compétences cliniques;
- réduisant ou éliminant le nombre de plaies de pression de stade 1 et 2;

- décelant plus rapidement les plaies de pression;
- évitant que les plaies de pression ne s'aggravent.

Depuis, l'établissement s'est donné comme objectif d'éliminer entièrement les plaies de pression de stade 1 (cet objectif ne comprend pas les plaies de pression « héritées », c'est-à-dire celles que les pensionnaires ont déjà au moment de leur admission au foyer).

Mesures : Prévalence et incidence des plaies de pression.

Changements : À Wellesley Central Place, la plupart des soins sont prodigués par des préposés aux services de soutien à la personne, qui relèvent de l'infirmière responsable des pensionnaires. Lorsque le programme a commencé, beaucoup ne savaient pas que les plaques rouges sur la peau des pensionnaires étaient des plaies de pression de stade 1. Cela signifie que la prévalence des plaies était bien pire que ce que la plupart des gens pensaient; toutefois, cela a servi de base à des programmes d'information et de prévention et aux améliorations.

Chaque patient est évalué selon l'échelle Braden de prévision des risques de plaies de pression, dans les 24 heures qui suivent son arrivée. On informe la famille du risque et un plan de soins est rédigé, indiquant le matériel qui est utilisé, comme des coussins, des matelas pneumatiques ou des chaussons remplis de mousse. Grâce à une formation, tous les employés apprennent à tourner les pensionnaires et à le faire régulièrement, selon le niveau de risque.

Si une plaie apparaît, elle est immédiatement signalée à l'infirmière, une étiquette d'alerte est apposée sur le fichier et un tableau de couleur vert vif, indiquant les positions du patient et les heures auxquelles on doit le repositionner, est placé au-dessus du lit du pensionnaire. Une fois par mois, on attribue un certificat de reconnaissance à l'Unité de soins qui a réussi à éliminer les plaies de pression.

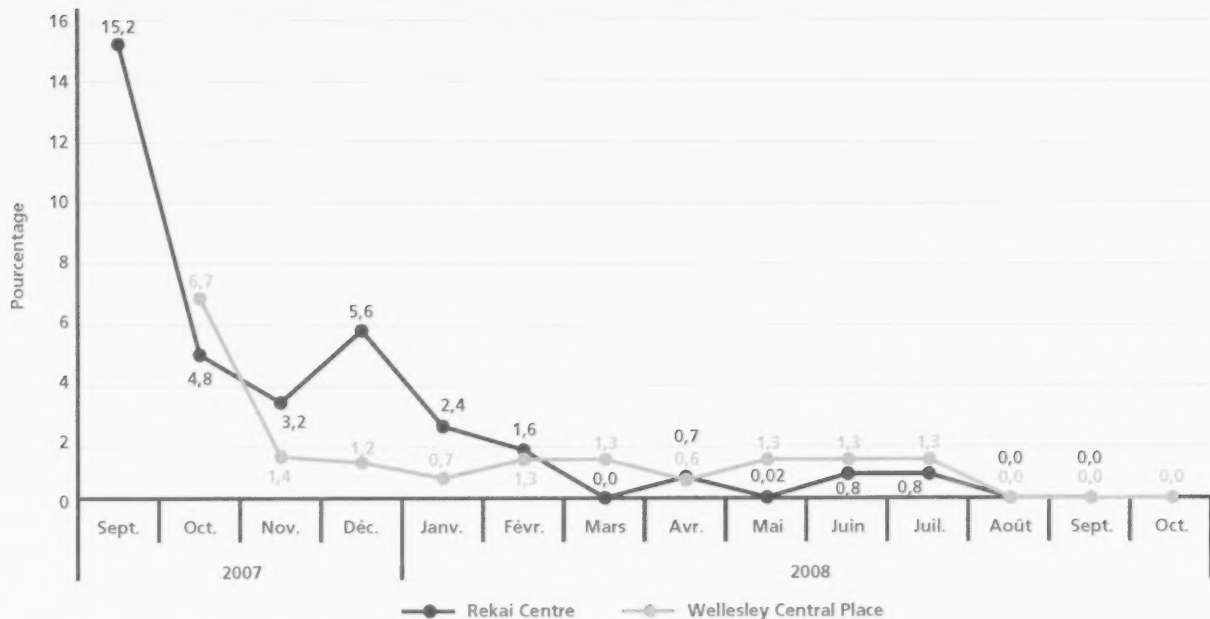
Pendant ce temps, l'équipe de soins des plaies de pression, sous la direction de l'infirmière conseillère responsable du programme, se réunit pour discuter du processus des plaies de pression des personnes atteintes, et si de nouvelles plaies apparaissent, essaie d'en déterminer la raison. L'équipe comprend le physiothérapeute, le diététiste, la personne responsable des activités, l'infirmière responsable des soins de la peau et des plaies et les représentants du personnel infirmier et de soutien.

Dès les premiers signes d'une plaie de pression, les membres de l'équipe en déterminent la raison. Si la plaie est due à une mauvaise alimentation ou à l'immobilité, il est possible de renverser la plaie de stade 1 en moins d'une semaine en introduisant des protéines et des vitamines dans l'alimentation ou grâce à un programme de changement de position rigoureux.

Résultats : Les deux établissements ont réduit considérablement la prévalence des plaies de pression très rapidement.

Étapes suivantes : Il est fréquent que les pensionnaires développent des plaies de pression lorsqu'ils sont hospitalisés : il leur suffit de passer deux heures dans un lit aux urgences pour qu'une plaie se rouvre ou qu'une nouvelle apparaisse. Wellesley Central a rencontré le personnel de l'Hôpital St. Michael, situé à proximité,

Rekai Centre et Wellesley Central Place foyers de soins a longue durée prévalence en pourcentage de plaies de pression acquises entre septembre 2007 et octobre 2008



Source: Wellesley Central Place and Rekai Centre, Toronto, Ontario

et demande à l'hôpital de soigner les plaies de pression lorsqu'un pensionnaire y est admis. Toutefois, il arrive que le processus soit interrompu si les bonnes personnes ne sont pas présentes de l'un ou de l'autre côté; le système a donc besoin d'être renforcé.

Les membres du personnel infirmier et les travailleurs de l'organisme, ou les nouveaux employés, ne connaissent pas tou-

jours les protocoles. Des programmes d'information améliorés et plus rapides sont prévus pour les nouveaux employés et le personnel temporaire.

Wellesley Central prépare maintenant un programme de prévention des chutes qui sera mis en œuvre en même temps que le programme de soin des plaies de pression.

4.3.8 Que pouvez-vous faire?

Rendez-vous à : http://www.justcleanyourhands.ca/pdf/10_11_Hand_wash_7Feb08.pdf pour savoir comment on doit procéder pour se laver les mains soigneusement et afin de contrôler les infections. Très souvent, une simple lotion à base d'alcool avec laquelle on se frotte les mains est encore plus efficace que le lavage des mains. Ayez-en toujours sur vous et servez-vous en fréquemment.

Le Centre de recherche sur la santé communautaire de l'Université d'Ottawa s'est donné comme objectif de prévenir les chutes chez les personnes âgées. L'organisme a préparé une brochure qui contient une liste afin de vérifier si les escaliers dans votre localité – intérieurs et extérieurs, publics et privés – sont sécuritaires. Cette brochure est disponible à : <http://aix1.uottawa.ca/~nedwards/chru/english/pdf/SafeStairsOct5.pdf>. Pour éviter que vous ou un membre de votre famille ne fassiez une chute à l'hôpital ou dans un foyer de soins de longue durée, vérifiez que les lieux soient bien éclairés, ne laissez rien traîner par terre et portez des chaussures à semelles anti-dérapantes. Au besoin, demandez qu'on vous aide à vous déplacer.

Si vous êtes alité et que vous craigniez d'avoir des plaies de pression, demandez à ce qu'on vous repositionne régulièrement, ayez une bonne alimentation et demandez un matelas à réduction de pression.



4.4 Erreurs de diagnostic

4.4.1 Pourquoi est-ce important?

Les crises cardiaques et les hémorragies sous-arachnoïdiennes (hémorragies cérébrales) peuvent être des affections mortelles. Une crise cardiaque survient lorsqu'une artère qui mène vers le cœur est bloquée, ce qui interrompt la circulation du sang et de l'oxygène vers le muscle cardiaque. Les hémorragies sous-arachnoïdiennes sont habituellement le résultat d'un anévrisme – une partie de la paroi d'une artère du cerveau se dilate et explose – qui entraîne l'épanchement du sang dans le cerveau. Dans les deux cas, un diagnostic et des soins immédiats peuvent éviter le décès et limiter l'invalidité¹⁰⁵.

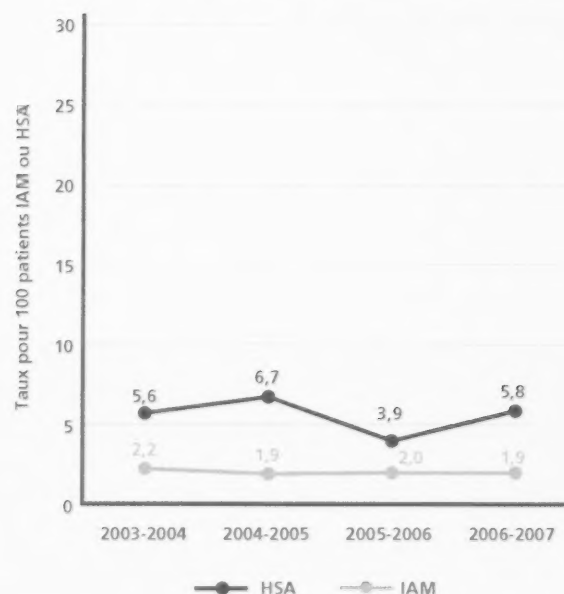
Nous nous sommes demandés si les personnes victimes d'une crise cardiaque ou d'une hémorragie sous-arachnoïdienne s'étaient déjà rendues au préalable aux urgences avec des symptômes similaires mais avaient été renvoyées chez elles.

Cette analyse étudie seulement deux exemples de diagnostic erroné. Il existe un grand nombre d'affections qu'on risque de ne pas déceler mais qu'il convient d'étudier à l'avenir, dont les grossesses extra-utérines, les dissections aortiques, les occlusions intestinales et les méningites.

4.4.2 Qu'avons-nous constaté?

Il peut arriver qu'une crise cardiaque ou une hémorragie cérébrale ne soit pas diagnostiquée aux urgences, et bien que cela arrive rarement, les conséquences peuvent être dramatiques.

Taux de diagnostics erronés d'IAM et d'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) aux urgences en Ontario, 2003-2004 à 2006-2007



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Pour chaque groupe de 100 patients qui ont été hospitalisés pour une crise cardiaque, deux patients s'étaient présentés aux urgences au cours des sept jours précédents mais la crise cardiaque n'avait pas été diagnostiquée. Pour chaque groupe de 100 patients hospitalisés pour une hémorragie sous-arachnoïdienne, six patients s'étaient présentés aux urgences au cours des 14 jours précédents, mais le diagnostic n'avait pas été posé. Ces taux de diagnostic erroné n'ont pas varié au cours des quatre dernières années.

4.4.3 Pourquoi ne décèle-t-on pas les crises cardiaques et les hémorragies cérébrales?

- **Manque d'expérience.** Les diagnostics ne sont parfois pas posés lorsque le personnel de l'hôpital ne possède pas l'expérience nécessaire pour certaines conditions ou ne peuvent pas accéder aux tests de diagnostic qui les aideront à déceler le problème. Les études indiquent que les diagnostics erronés sont moins fréquents dans les hôpitaux universitaires et dans les salles des urgences qui reçoivent beaucoup de patients^{106 107}.
- **Symptômes inhabituels.** Les personnes qui souffrent d'une crise cardiaque se plaignent généralement de douleur dans la poitrine, mais d'autres – surtout les femmes – peuvent avoir un malaise qui ne correspond pas à ce que les gens ressentent habituellement, ou n'ont aucune douleur¹⁰⁸. Dans le cas des hémorragies

sous-arachnoïdiennes, les maux de tête risquent d'être pris pour une migraine. Il est important que les médecins ne relâchent pas leur attention même si tous les symptômes ne sont pas présents.

4.4.4 Pratiques exemplaires

Le taux des diagnostics erronés concernant les crises cardiaques en Ontario est semblable aux taux déclarés dans certains hôpitaux américains¹⁰⁹. Les hôpitaux universitaires et les services des urgences débordés enregistrent moins de taux de diagnostics erronés pour les crises cardiaques et les hémorragies cérébrales, peut-être parce qu'ils ont plus d'expérience et disposent d'un matériel de diagnostic plus perfectionné. Il est important pour les petits hôpitaux d'être vigilants pour déceler ces conditions.

4.4.5 Que pouvez-vous faire?

Une hémorragie sous-arachnoïdienne se traduit par de violents maux de tête violents, comme vous n'en avez jamais eus. Consultez immédiatement si cela se produit et évoquez auprès du médecin la possibilité d'une hémorragie cérébrale.

Rendez-vous sur le site Web de la Fondation des maladies du cœur à : www.heartandstroke.on.ca et cliquez sur « Heart Disease » (maladies du cœur), puis sur « Warning Signals » (symptômes), pour en savoir plus sur les symptômes associés à une crise cardiaque. Rendez-vous aux urgences immédiatement si vous avez l'un des symptômes décrits. Et n'hésitez pas à demander à votre médecin ce qu'il fait pour prévenir une crise cardiaque.





5 AXÉ SUR LE PATIENT

Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier

5.1 Introduction

Autrefois, notre système de santé était souvent structuré pour satisfaire les travailleurs plutôt que les patients. De nos jours, toutefois, le public est davantage conscient des soins de santé et le système doit maintenant s'efforcer d'être plus axé sur les services et de mieux répondre aux besoins et préférences des particuliers. C'est en cela qu'un système de santé axé sur le patient consiste. La prestation des soins de santé devrait être un partenariat entre les personnes qui les utilisent et les soignants, et être fondée sur la considération, la communication, la réceptivité et le respect. Les patients participent activement aux décisions qui concernent leurs soins. La prestation de soins axés sur le patient, ce n'est pas une chose qui vous est faite, mais qui est faite avec vous.

En Ontario, beaucoup d'établissements de soins de santé utilisent maintenant diverses méthodes pour évaluer l'expérience des patients et des pensionnaires de foyers de soins de longue durée et de leur famille. Le rapport de cette année examine les expériences des patients en ce qui a trait aux soins primaires, aux soins de longue durée, aux soins hospitaliers et aux soins prodigués dans les services des urgences. Nous avons examiné le taux de satisfaction global à l'égard des soins ainsi que d'autres facteurs comme la communication, la participation aux décisions et la mesure dans laquelle les patients sont encouragés à gérer eux-mêmes leur condition.

5.1.1 Principales conclusions au sujet d'une prestation de soins axée sur le patient

- Les Ontariennes et Ontariens jugent que les soins que leur prodiguent leurs médecins attirés sont très bons ou excellents, comme c'est le cas pour tous les pays étudiés.
- Toutefois, les adultes ontariens plus gravement malades sont beaucoup moins indulgents à l'égard des soins qui leur sont prodigués que la population en général. Les gens ne participent pas à la planification de leurs soins, qu'ils utilisent le système de santé ou soient des pensionnaires dans un foyer de soins de longue durée.
- On ne demande qu'à une seule personne sur trois atteinte de maladie chronique quels sont ses objectifs à propos de son état de santé.
- Seulement les deux tiers des pensionnaires de foyers de soins de longue durée ont le sentiment d'être encouragés à participer aux décisions concernant leurs soins et un pensionnaire sur neuf a le sentiment qu'il n'est pas libre de parler au personnel lorsqu'il est mécontent des soins qui lui sont fournis.
- Les obstacles linguistiques sont plus un problème dans le système de santé de l'Ontario que dans le reste du Canada. Une personne sur sept a déclaré que cela représentait un problème en Ontario.
- La plupart des patients sont satisfaits des soins qui leur sont prodigués à l'hôpital, ce qui se traduit par une note globale moyenne de plus de 80 pour 100, note qui n'a pas varié depuis 2003.



5.2 Expérience des patients à l'égard des soins primaires

5.2.1 Pourquoi est-ce important?

Les soins primaires sont le principal point de contact avec le système de santé pour la plupart des gens et il est important d'avoir une bonne expérience en matière de soins primaires afin de préserver la confiance du public à l'égard du système de santé. Une bonne expérience en matière de soins primaires peut aussi améliorer d'autres aspects de la qualité. La recherche, par exemple, indique que les patients qui sont satisfaits des soins prodigués par leur médecin de famille réussissent mieux à contrôler leur diabète et à obtenir les soins recommandés¹¹⁰. Lorsque les gens ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin, ils ont souvent tendance à quitter le cabinet de leur médecin en étant en colère ou déçus ou en ayant le sentiment de ne pas avoir été écoutés.

Des soins primaires de bonne qualité sont essentiels pour les personnes atteintes de maladies chroniques, car ces personnes ont besoin du suivi et des connaissances nécessaires pour les aider à gérer leur maladie. L'autogestion des maladies chroniques améliore les comportements et se traduit par une meilleure santé^{111 112}; toutefois, il faut pour cela informer et préparer les patients à gérer eux-mêmes

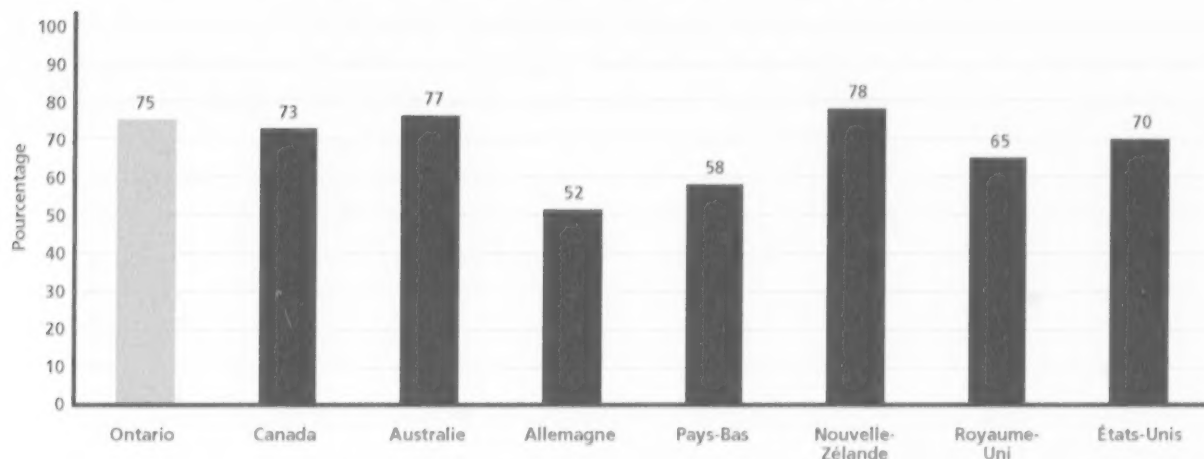
leurs soins¹¹³. Les patients ont besoin qu'on les aide à se donner des objectifs et à comprendre en quoi consiste leur traitement médicamenteux, de soutien pour suivre ce traitement et savoir comment ils doivent faire pour éviter les complications. Cela ne peut se produire que si les fournisseurs de soins primaires communiquent bien l'information, s'appliquent à atténuer l'anxiété et les craintes des patients et font participer ces derniers à la prise de décisions.

5.2.2 Qu'avons-nous constaté?

La plupart des Ontariennes et Ontariens jugent les soins prodigués par leur médecin traitant comme étant très bons ou excellents, tout comme les patients de la plupart des pays inclus dans l'enquête. Toutefois, les adultes ontariens plus gravement malades sont beaucoup moins indulgents à l'égard de la qualité des soins que la population en général. Beaucoup d'Ontariennes et d'Ontariens disent se heurter à des obstacles linguistiques lorsqu'ils ont besoin de soins et les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas renseignées et n'ont pas d'objectifs en ce qui a trait à leur santé.



Pourcentage d'adultes ayant un médecin ou un lieu de soins attitré, qui jugent la qualité globale des soins reçus au cours des 12 derniers mois comme étant excellente ou très bonne, en Ontario et par pays, 2007

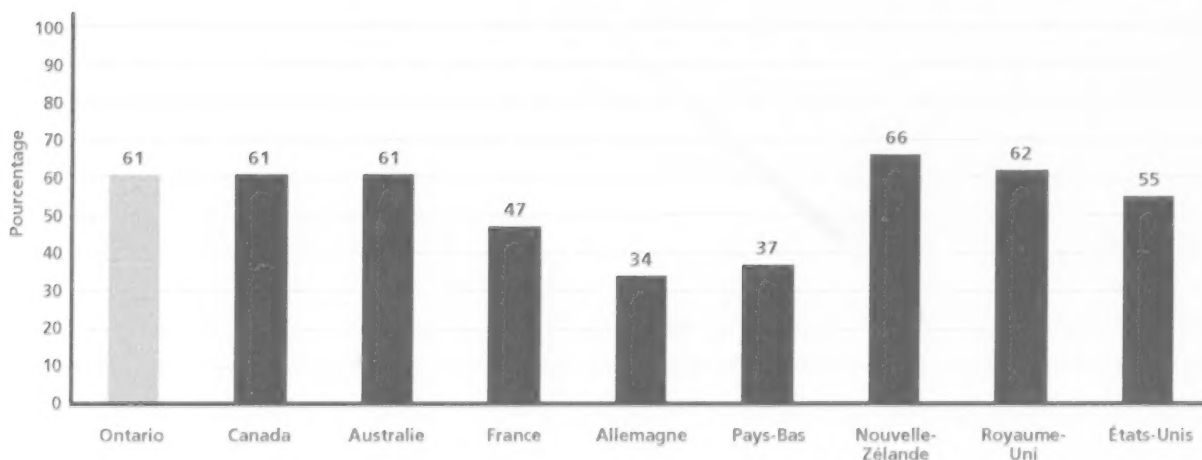


Source : Conseil canadien de la santé, 2007; International Health Policy Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Seven Countries, 2007, Fonds du Commonwealth.

Commentaire : Les données des pays sont pondérées afin de tenir compte de la composition démographique du pays à partir du dernier recensement; les données de l'Ontario ne sont pas pondérées.

Lors d'une récente étude internationale, trois Ontariens sur quatre ont jugé les soins qu'ils recevaient de leur médecin traitant au cours de l'année précédant le sondage comme étant très bons ou excellents, tout comme les personnes interrogées en Australie et en Nouvelle-Zélande. Les médecins d'autres pays, notamment les Pays-Bas et l'Allemagne, ne sont pas aussi bien cotés.

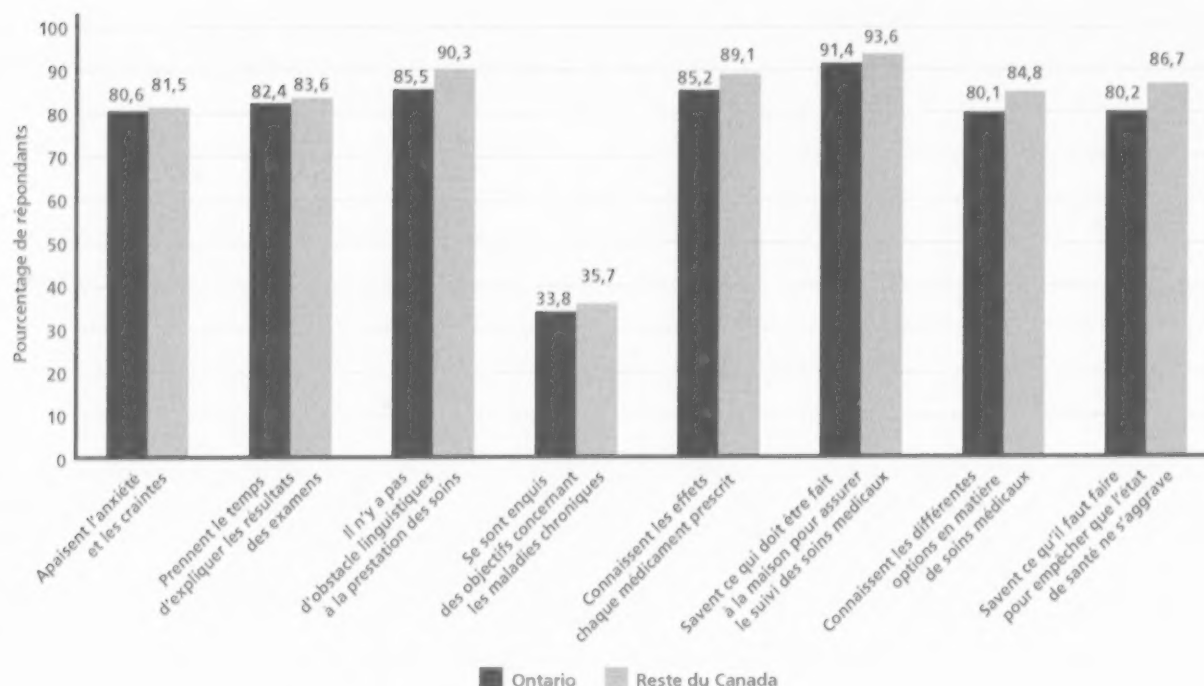
Pourcentage d'adultes ayant un médecin ou un lieu de soins attitré, qui jugent la qualité globale des soins reçus au cours des 12 derniers mois comme étant excellente ou très bonne, en Ontario et par pays, 2008



Source : International Health Policy Survey of the Sicker Adult's, 2008, Fonds du Commonwealth.

Les adultes ontariens plus gravement malades donnent une moins bonne cote à la qualité globale des soins qui leur sont dispensés – tout comme les adultes plus gravement malades de tous les pays inclus dans l'enquête. Les Ontariennes et Ontariens et les habitants des autres régions du Canada jugent leurs soins de la même manière; moins bien qu'en Nouvelle-Zélande, mais mieux qu'en Allemagne et aux Pays-Bas.

Soins primaires axés sur les patients, Ontario et reste du Canada, 2007



Source : Statistique Canada, 2008; Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires.

Commentaire : Le graphique indique le pourcentage de répondants qui ont répondu « d'accord » ou « entièrement d'accord » pour chaque énoncé.

La grande majorité des Ontariennes et Ontariens disent participer activement à leurs soins de santé primaires, ce qui est encourageant. Quatre Ontariens sur cinq estiment que leur médecin traitant leur explique assez bien comment ils doivent gérer leurs anxiétés et leurs craintes et qu'il prend le temps de leur expliquer les résultats des examens et ils sont aussi nombreux à connaître les divers traitements qui leur sont proposés et à savoir ce qu'ils

doivent faire pour éviter les complications. Toutefois, environ un Ontarien sur sept se heurte à des obstacles linguistiques lorsqu'il a besoin de soins, ce qui est plus que partout ailleurs au Canada. Ce n'est pas surprenant, étant donné la grande diversité ethnique de Toronto et des autres régions urbaines.

Seulement à peu près d'un tiers des personnes atteintes de maladies chroniques affirment que leur fournisseur de soins de santé leur a demandé comment elles comptaient gérer leur maladie, ce qui est indispensable si on veut que les gens prennent la responsabilité de leur état de santé.

5.2.3 Pourquoi la communication entre les patients et les fournisseurs de soins primaires n'est-elle pas meilleure?

- **Diversité ethnique.** Les obstacles linguistiques posent un problème, car Toronto et les autres villes attirent beaucoup d'immigrants. Certains ont de la difficulté à trouver un fournisseur de soins primaires qui parle leur langue ou à comprendre ce qu'on leur dit.
- **Manque de temps.** Aider les gens atteints de maladies chroniques à comprendre leur maladie, les traitements dont ils ont besoin et la façon dont ils peuvent gérer eux-mêmes leurs symptômes nécessite beaucoup de temps.



- **Habitudes.** L'autogestion est une approche relativement nouvelle dans le domaine de la santé et un changement radical par rapport à l'ancien modèle où les médecins décidaient pour leurs patients. Il est possible que les membres du personnel médical n'aient pas appris les techniques pour faire participer les patients aux décisions et ceux-ci ont peut-être aussi du mal à s'habituer à cette idée.

5.2.4 Que fait-on ailleurs?

Désormais, le Massachusetts évalue l'expérience des patients dans le domaine des soins primaires et publie les cotes attribuées à chaque clinique sur un site Web public¹¹⁴. (Les cliniques doivent avoir au moins trois médecins, tandis que les cotes individuelles attribuées aux médecins ne sont pas publiées.) Les cliniques reçoivent entre une et quatre étoiles

et sont évaluées pour ce qui suit : communication, coordination, connaissance des patients et soins préventifs et conseils. Ces renseignements ont pour but d'aider les patients à sélectionner un nouveau médecin et à les encourager à s'exprimer à propos de leur expérience. Les médecins utilisent le site pour savoir dans quels domaines ils doivent s'améliorer.

5.2.5 Que fait-on en Ontario?

L'Ontario prend diverses mesures pour améliorer la gestion des maladies chroniques; ces mesures sont décrites dans la section 3.3.5. L'une des principales composantes de la stratégie de lutte contre le diabète proposée par la province est un registre informatisé en ligne qui permettra aux patients de mieux gérer leurs maladies en leur donnant accès à des renseignements et à des outils éducatifs¹¹⁵.

5.2.6 Que pouvez-vous faire?

Le Health Quality Council of Alberta a récemment publié une brochure intitulée *It's OK to Ask*. Ce document offre des conseils sur la façon dont les patients peuvent obtenir les renseignements dont ils besoin pour jouer un rôle actif dans leurs soins avant, pendant et après la visite, et en particulier pour poser des questions sur leur traitement médicamenteux. On y trouve, par exemple, les cinq principales questions que les patients doivent poser à chaque visite : quel est mon problème de santé, que dois-je faire, pourquoi dois-je faire cela, à quoi puis-je m'attendre et qui dois-je appeler si j'ai besoin d'aide. Pour plus de détails, visitez www.hqca.ca.

L'Ontario Patient Self-Management Network propose les ressources et programmes offerts dans toute la province pour vous aider à participer davantage dans vos propres soins. Visitez <http://www.ohqc.ca/fr/yearlyreport.php>.



5.3 Satisfactions des clients et des familles à l'égard des foyers de soins de longue durée

5.3.1 Pourquoi est-ce important?

Les personnes qui vivent dans un foyer de soins de longue durée font partie des membres les plus vulnérables de la société – elles sont habituellement âgées, souvent frêles, et certaines souffrent également de troubles cognitifs. Elles dépendent en grande partie d'autres pour les actes de la vie quotidienne et nous avons le devoir de nous assurer que ces membres, les plus vulnérables de notre société, obtiennent les soins de qualité hors pair dont ils ont besoin.

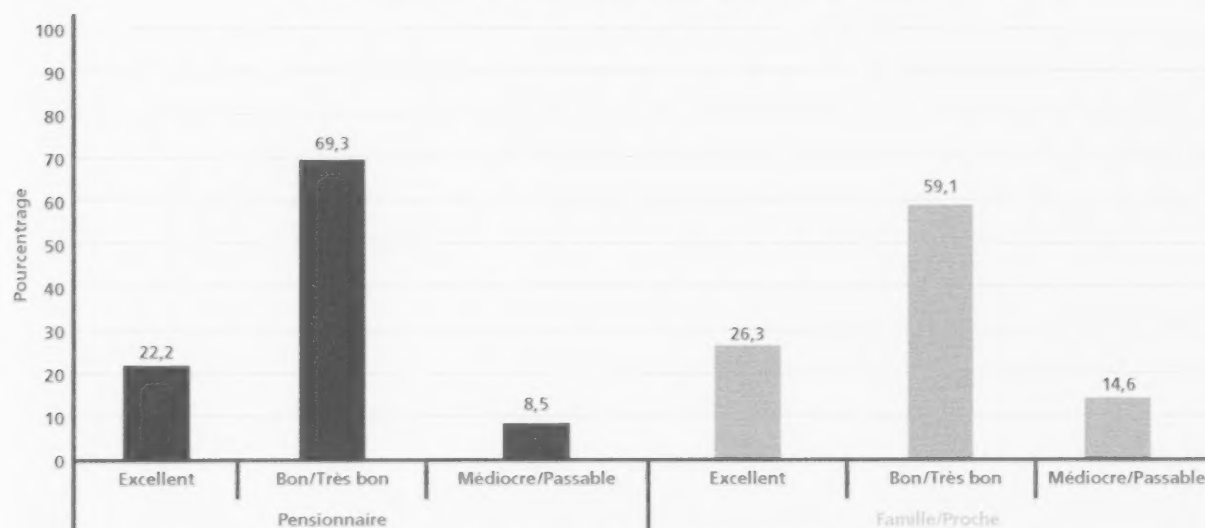
Nous avons quelques mesures objectives de la qualité des soins de longue durée – la proportion des pensionnaires qui ont des plaies de pression ou font des chutes et le nombre de personnes admises aux urgences sont autant d'éléments indicateurs de la manière dont ces personnes sont soignées. Toutefois, une consultation dirigée par le ministère auprès des pensionnaires des foyers de soins de longue durée a permis de déterminer que ceux-ci se préoccupaient davantage de la qualité de leur vie¹⁶ et de questions comme le maintien de l'autonomie, les activités intéressantes auxquelles ils peuvent participer et la possibilité de vivre dans un établissement qui offre un cadre familial et non institutionnel. Pour obtenir leurs points de vue au sujet de la qualité des soins, nous avons interrogé plus de 1 000 pensionnaires personnellement et mené une enquête auprès de quelque 1 100 membres de leur famille.



5.3.2 Qu'avons-nous constaté?

Neuf pensionnaires de foyers de soins de longue durée sur dix jugent la qualité globale des soins qu'ils reçoivent comme étant bonne à excellente, mais seulement les deux tiers d'entre eux ont l'impression qu'on les encourage à participer à la prise de décisions concernant leurs soins, de recevoir des réponses rapides de la part des employés lorsqu'ils les appellent, et de se sentir chez eux dans leur établissement. Malheureusement, un pensionnaire sur neuf ne se sent pas libre de parler au personnel lorsqu'il n'est pas satisfait de ses soins.

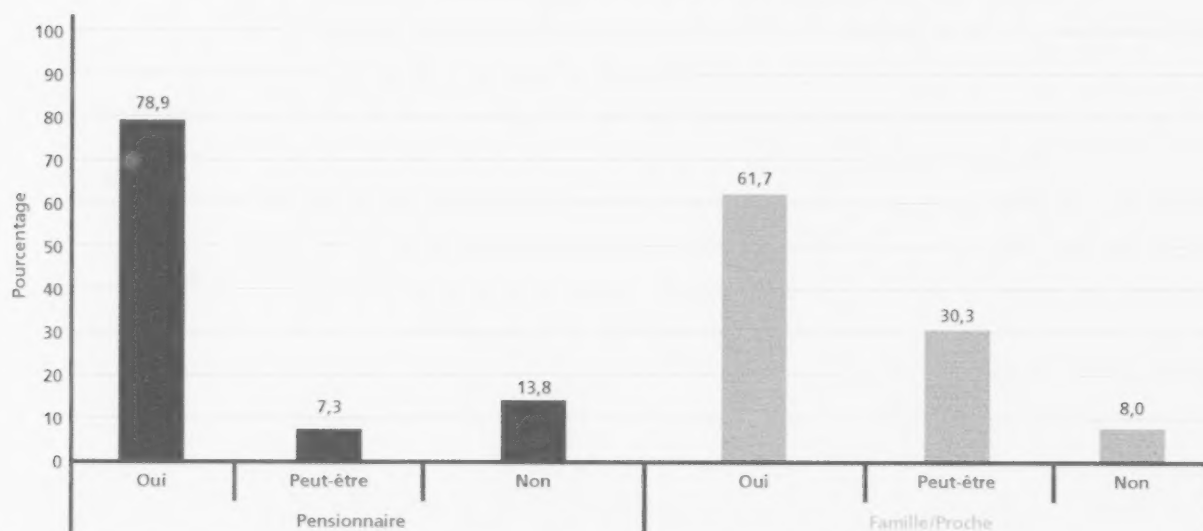
Évaluation de la qualité des soins/services dans ce foyer



Source : Université de Toronto, projet pilote concernant la satisfaction des pensionnaires des SLD et des familles.

En ce qui a trait à la qualité globale des soins, neuf pensionnaires sur 10 jugent qu'elle est bonne à excellente. Seulement 20 pour 100 des pensionnaires jugent qu'elle est excellente, par conséquent si c'est notre objectif nous disposons d'une bonne marge de manœuvre.

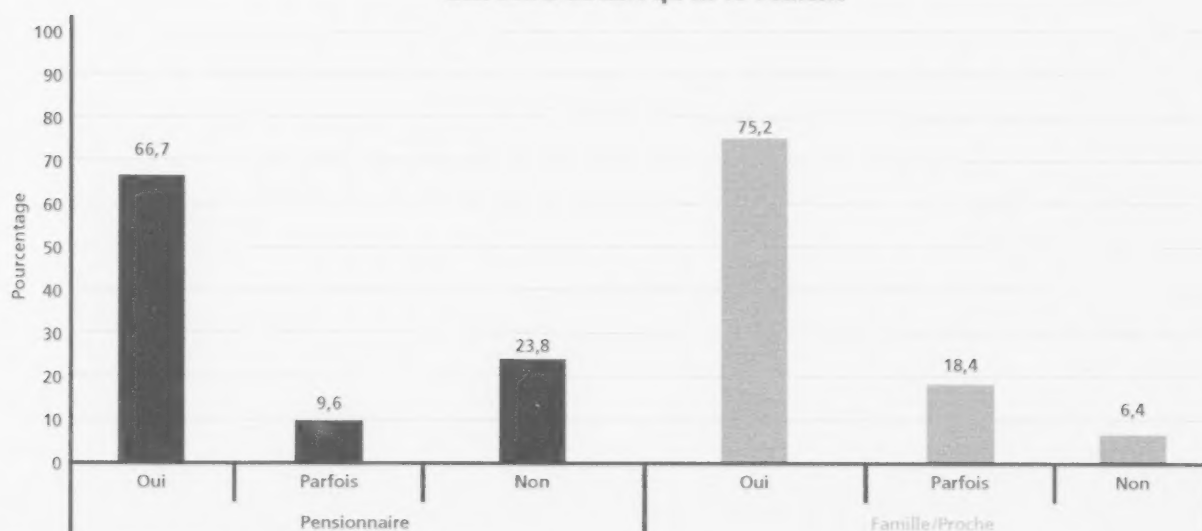
Recommanderait ce foyer à d'autres



Source : Université de Toronto, projet pilote concernant la satisfaction des pensionnaires des SLD et des familles.

Vingt pour cent des pensionnaires et plus de 30 pour 100 des familles ou des êtres proches ont répondu « peut-être » ou « non » lorsqu'on leur a demandé s'ils recommanderaient le foyer à d'autres.

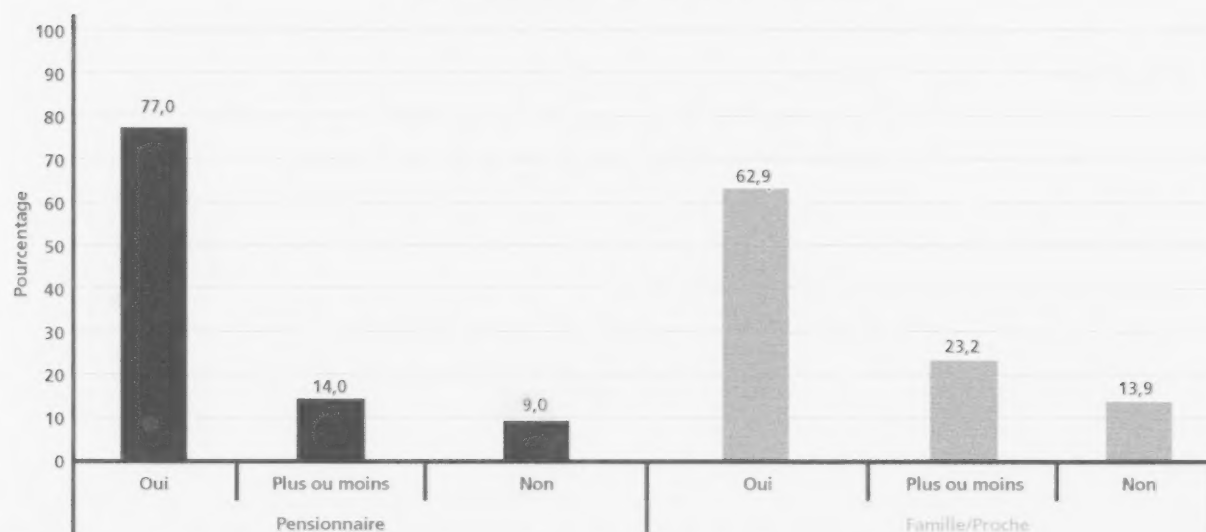
Les pensionnaires sont encouragés à participer aux décisions/participent aux soins autant qu'ils le veulent



Source : Université de Toronto, projet pilote concernant la satisfaction des pensionnaires des SLD et des familles.

Environ 70 pour 100 des pensionnaires et des familles ou êtres chers ont dit qu'ils étaient encouragés à participer à la prise de décisions et dans les soins dans la mesure du possible, ce qui signifie qu'environ 30 pour 100 des répondants ne sont pas encouragés à participer ou le sont rarement. C'est un domaine important qui peut être amélioré, bien que le problème ne soit pas unique aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée et à leurs familles; les personnes hospitalisées et leurs familles ont le même sentiment.

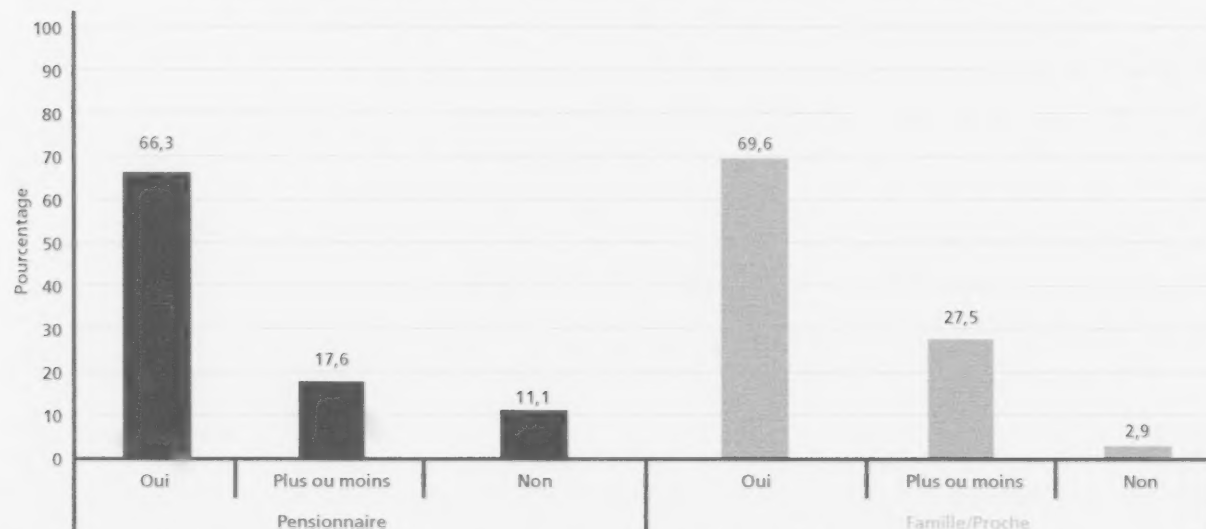
Suffisamment d'activités à la maison



Source : Université de Toronto, projet pilote concernant la satisfaction des pensionnaires des SLD et des familles.

Les pensionnaires de foyers de soins de longue durée ont besoin de suivre des activités qui les encouragent à socialiser et les empêchent de s'ennuyer ou d'être déprimés. Il est important pour les pensionnaires d'avoir suffisamment d'activités, surtout pendant les fins de semaine, pour maintenir leur qualité de vie. Les pensionnaires sont légèrement plus positifs à ce sujet que les familles, mais les deux groupes ont indiqué que les choses pouvaient être améliorées.

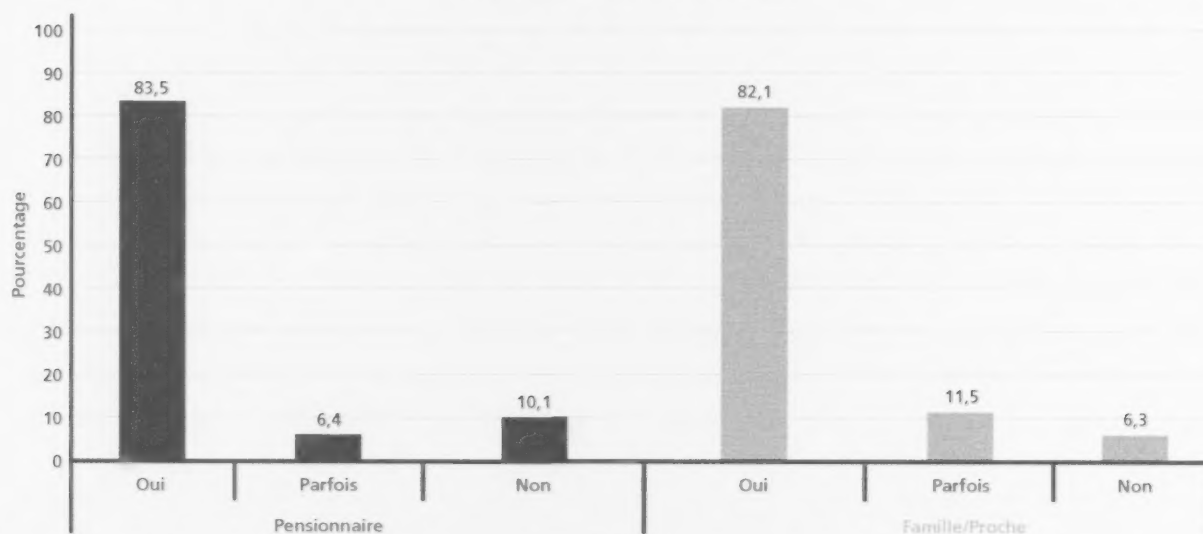
Le personnel répond promptement aux appels/ donne suite aux demandes



Source : Université de Toronto, projet pilote concernant la satisfaction des pensionnaires des SLD et des familles.

Environ deux pensionnaires sur trois et les familles ont le sentiment que le personnel répond rapidement aux appels. On pourrait améliorer les choses dans ce domaine.

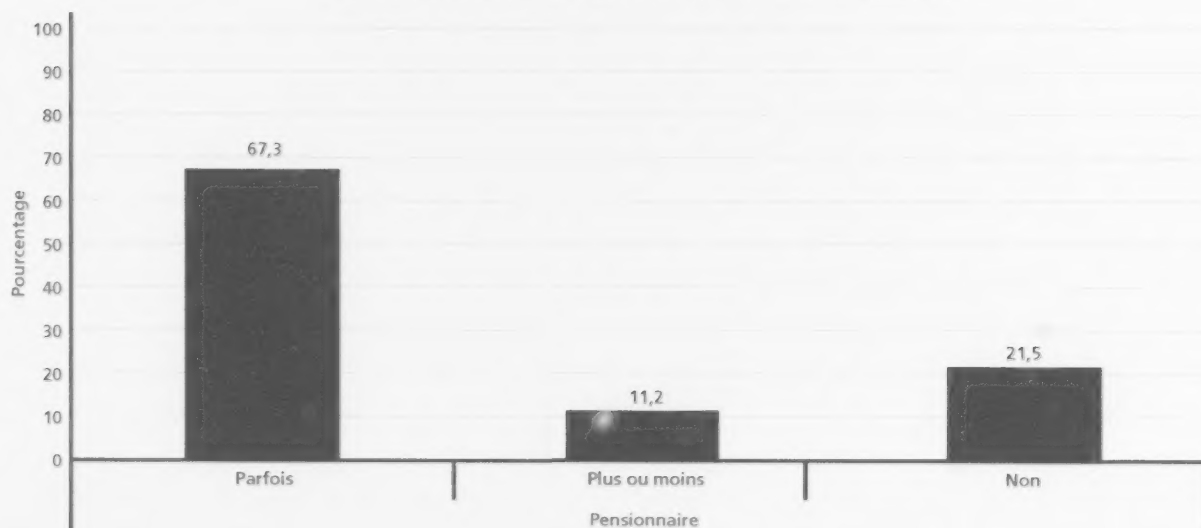
Se sentent libre de s'exprimer



Source : Université de Toronto, projet pilote concernant la satisfaction des pensionnaires des SLD et des familles.

Plus de 80 pour 100 des pensionnaires et des familles estiment pouvoir parler librement au personnel lorsqu'ils ne sont pas satisfaits des soins. Malheureusement, 10 pour 100 des pensionnaires et environ 5 pour 100 des familles ont peur de parler. On pourrait améliorer considérablement les choses dans ce domaine.

Pourcent de résidents qui se sentent comme chez eux



Source : Université de Toronto, projet pilote concernant la satisfaction des pensionnaires des SLD et des familles.

Malheureusement, plus de 20 pour 100 des pensionnaires indiquent qu'ils ne se sentent pas chez eux dans leur foyer de soins de longue durée.

5.3.3 Pourquoi certaines personnes sont-elles insatisfaites des foyers des soins de longue durée?

- **Disponibilité du personnel.** La satisfaction des pensionnaires peut dépendre de la quantité de temps que le personnel leur consacre. La recherche nous dit que beaucoup d'employés jugent ne pas avoir assez de temps pour faire le travail, ce qui pourrait les empêcher à répondre aux attentes des pensionnaires. Il n'y a peut-être pas assez de personnel, ou il se pourrait que celui-ci n'utilise pas son temps de manière efficiente.
- **Moral du personnel.** La satisfaction du personnel peut avoir une incidence directe sur le niveau de satisfaction des pensionnaires, mais beaucoup d'employés de foyers de soins de longue durée jugent ne avoir peu de contrôle sur leur travail et sont plus souvent victimes de blessures que les employés d'autres organismes du secteur de la santé.
- **Activités.** Il n'est pas facile d'offrir un éventail d'activités suffisamment vaste à des pensionnaires qui ont des capacités et intérêts très diversifiés. En outre, l'organisation et la gestion de ces activités exigent beaucoup de temps.

- **Environnement.** L'agencement physique – comme l'espace, l'éclairage, les aires privées et le décor – contribue à créer une atmosphère familiale. Les établissements neufs ont tendance à offrir davantage de commodités que les plus anciens.

5.3.4 Que fait-on en Ontario?

En juin 2008, le gouvernement de l'Ontario a publié un rapport à la suite d'une étude indépendante des dotations en personnel et des normes de soins des foyers de soins de longue durée de l'Ontario¹¹⁷. Le rapport recommandait un accroissement des effectifs et l'établissement de plans en dotation en personnel annuels pour chaque foyer de soins de longue durée. Une équipe a été établie afin d'assurer que les recommandations du rapport sont mises en œuvre. Une autre recommandation consistait à élaborer des mesures de la qualité standard pour les foyers de soins de longue durée et de présenter des rapports à leur sujet; ces recommandations apparaîtront sur notre site Web, www.ohqc.ca, à partir de novembre 2009.

5.3.5 Que pouvez-vous faire?

Participez à la prestation des soins vous concernant ou concernant vos êtres proches.

Les rapports d'inspection se rapportant à chaque foyer de soins de longue durée de l'Ontario sont disponibles à : http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/ltrcf/26_reportingf.html.

À partir de novembre 2009, vous pourrez voir sur notre site Web, <http://www.ohqc.ca/fr/index.php>, la performance des foyers par rapport à une série de mesures de la qualité normalisée.



5.4 Expérience des patients à l'égard des hôpitaux de soins actifs et des urgences

5.4.1 Pourquoi est-ce important?

Chaque année, plus de 5,3 millions de personnes se rendent aux urgences en Ontario et près de 1,1 million d'Ontariennes et d'Ontariens sont hospitalisés au moins une fois¹¹⁸. La manière dont ces personnes ont perçu leurs expériences nous aide à déterminer les points forts et les choses qui doivent être améliorées.

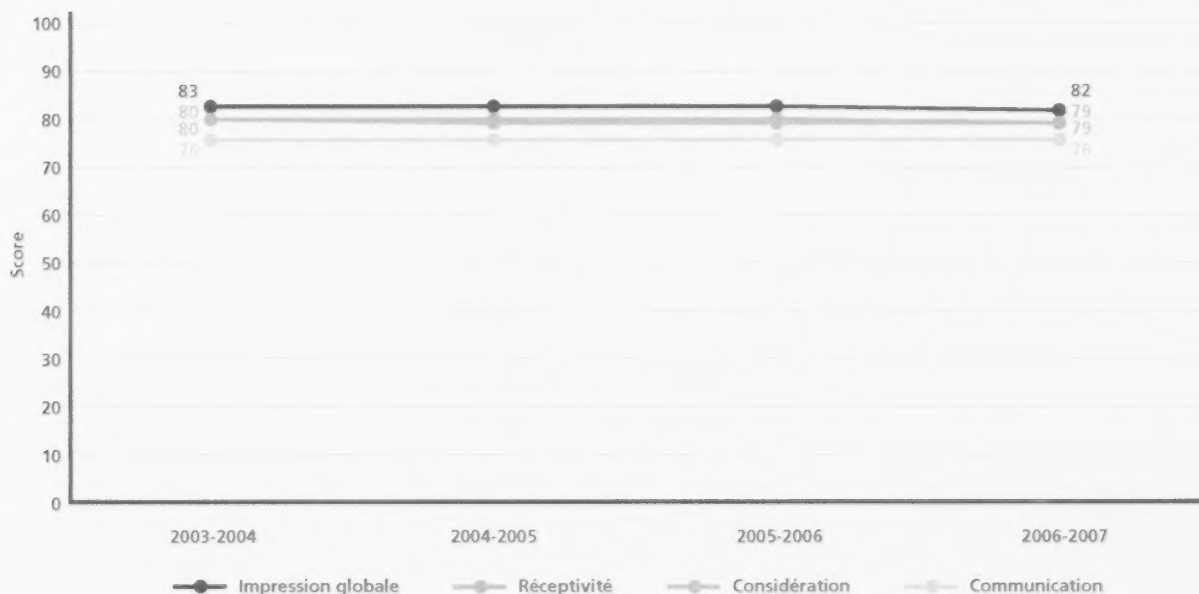
Les données présentées dans cette section proviennent de sondages dans le cadre desquels on a demandé à des personnes hospitalisées quel est leur degré de satisfaction général à l'égard des soins et si elles étaient satisfaites du niveau de considération, de réceptivité et de communication dont les établissements avaient fait preuve. Nos graphiques montrent un indice basé sur un échantillon composite des réponses données au sondage.



5.4.2 Qu'avons-nous constaté?

Le niveau de satisfaction des patients à l'égard de leur expérience dans un hôpital n'a pas changé du tout depuis 2003. La communication et la réceptivité doivent s'améliorer.

Score pour la satisfaction et l'expérience des patients à l'égard des hôpitaux en Ontario, 2003-2004 à 2006-2007

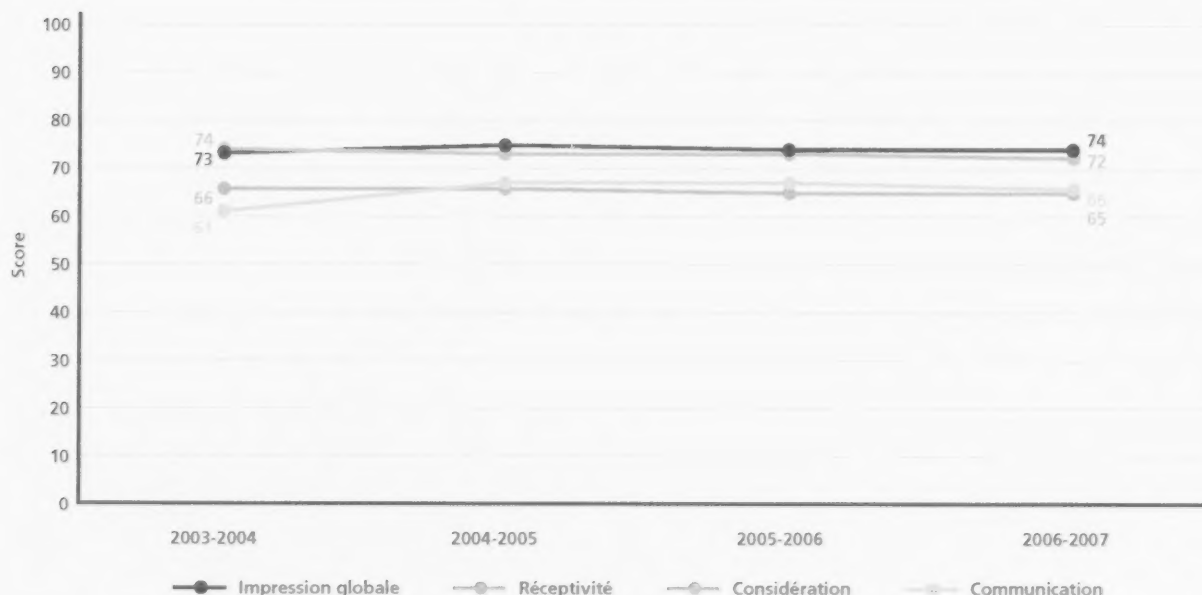


Source : Hospital Reports Research Collaborative. Rapports sur les hôpitaux : Soins actifs - Satisfaction des patients, 2005, 2006 et 2007.

Les Ontariennes et Ontariens qui ont été hospitalisés indiquent avoir une bonne impression d'ensemble de l'expérience vécue à l'hôpital. Toutefois, ils ont donné une moins bonne cote au

niveau de la communication et de la réceptivité. Il n'y a pas eu d'amélioration dans ces mesures entre 2003-2004 à 2006-2007.

**Score pour la satisfaction et l'expérience des patients
à l'égard des services des urgences en Ontario, 2003-2004 à 2006-2007**



Source : Hospital Reports Research Collaborative. Rapports sur les hôpitaux : Soins actifs – Satisfaction des patients, 2005, 2006 et 2007.

Les Ontariennes et Ontariens qui se sont rendus aux urgences entre 2003-2004 et 2006-2007 ont jugé de manière assez positive leur impression à l'égard des soins (trois sur quatre), mais les cotes sont inférieures pour les soins aux malades hospitalisés. De toute évidence, la communication et la réceptivité posent des problèmes – près d'un Ontarien sur trois indique que ces domaines doivent être améliorés. Les cotes n'ont pas changé depuis 2004-2005.

5.4.3 Pourquoi les gens sont-ils insatisfaits des soins prodigués à l'hôpital?

- **Attentes inutiles.** Les études indiquent que les attentes inutiles que les gens doivent subir aux urgences créent de l'insatisfaction au sujet de leur expérience globale¹¹⁹.
- **Manque d'information.** Les gens veulent avoir des renseignements au sujet des examens ou des procédures qui sont effectués, la raison de ces examens et procédures et quand ils auront lieu. Mais ils n'obtiennent pas les renseignements qu'ils veulent si le personnel ne sait pas communiquer de manière claire ou si les documents ne sont pas prêts ou normalisés, ou encore si les employés ont du mal à communiquer les plans de soins entre eux.
- **Pénurie de personnel.** Comme dans les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux manquent de personnel et si celui-ci gère mal son temps ou s'il est débordé, il ne prendra pas le temps de bien communiquer avec les patients ou de leur répondre. C'est la raison pour laquelle les patients sont insatisfaits.

5.4.4 Que fait-on ailleurs?

Le niveau de satisfaction des patients à l'égard des urgences en Ontario est similaire à celui des patients du reste du Canada. Les provinces qui ont utilisé le même questionnaire, dont le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba, la Colombie-Britannique et le Yukon, ont obtenu des résultats presque identiques à la rubrique « évaluez les soins que vous avez reçus aux urgences de manière générale ». Tout le monde doit améliorer la communication et la réceptivité.

Le Centre de santé Trillium, de Mississauga, a conçu un programme appelé *Ideal Patient Experience* afin d'améliorer le niveau de satisfaction des patients. Les changements comprenaient ce qui suit :

- Toutes les personnes devaient s'appliquer à prodiguer des soins axés sur les patients. Tous les membres du personnel devaient définir ce que signifiait la nouvelle philosophie.
- Revoir la manière dont les soins étaient prodigués en fonction de la nouvelle philosophie en mettant l'accent sur les pratiques qui produisent les meilleurs résultats pour les patients.
- Redéfinir les hôpitaux comme des organismes qui fournissent des services et créer des services semblables à ce que les organismes de services fournissent pour répondre aux besoins des clients¹²⁰.

- En un an, le nombre de patients qui ont jugé que l'ensemble des soins fournis était excellent s'est accru de cinq points de pourcentage. Le programme The Ideal Patient Experience est un bon exemple de la manière d'utiliser les renseignements fournis par les sondages menés auprès des patients pour les transformer en une initiative d'amélioration de la qualité.

5.4.5 Que fait-on en Ontario?

L'Association des hôpitaux de l'Ontario a créé un programme intitulé « C'est votre santé – Impliquez-vous »; ce programme a pour but d'informer les patients sur le rôle qu'ils peuvent jouer pour améliorer la sécurité et la qualité de leurs soins. Il comporte des affiches et des brochures (disponibles en 14 langues) qui contiennent les conseils suivants sur la manière d'être un patient informé :

1. Impliquez-vous dans vos soins de santé. Dites-nous si vous avez des questions ou des préoccupations à propos des soins qui vous sont donnés.
2. Communiquez à un membre de votre équipe médicale votre historique, ainsi que les renseignements sur votre état de santé actuel.
3. Apportez tous vos médicaments avec vous lorsque vous vous rendez à l'hôpital ou à un rendez-vous médical.

4. Dites à un membre de votre équipe médicale si vous avez déjà souffert d'une allergie ou d'une mauvaise réaction à un médicament ou à un aliment.
5. Assurez-vous de savoir quoi faire lorsque vous retournez à la maison après votre rendez-vous médical ou votre séjour à l'hôpital.

Les affiches contiennent simplement les conseils, mais la brochure offre des détails au sujet de chacun, ainsi que des questions qu'on peut poser aux patients par exemple « En quoi consiste cet examen ou traitement? » et « Que dois-je faire une fois chez moi? ». La brochure décrit également ce que les patients devraient dire à leur équipe de soignants, y compris s'ils ont une maladie chronique ou des allergies et les remèdes à base de plantes et les compléments alimentaires qu'ils prennent.

5.4.6 Que pouvez-vous faire?

Suivez les cinq conseils de la campagne « C'est votre santé – Impliquez-vous » (www.oha.com/patientsafetytips). Pour plus de détails sur la manière d'obtenir les renseignements dont vous avez besoin pour participer activement à vos soins, consultez *It's OK to Ask* du Health Quality Council of Alberta, www.hqca.ca.



6

6 ÉQUITABLE

La qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est et où l'on vit.

6.1 Introduction

Un système de santé performant propose des soins en fonction des besoins, et non des revenus ou de l'éducation des gens, ou du nombre d'années pendant lesquelles ils ont vécu au Canada ou de l'endroit où ils sont nés. Toutefois, nous savons que cela n'est pas souvent le cas¹²¹. Dans la section traitant d'un système équitable, cette année, nous étudions la manière dont l'équité peut affecter plusieurs mesures de la qualité des soins : l'accès aux médecins de famille, les admissions ou les visites aux urgences pour les crises d'asthme, les insuffisances cardiaques congestives et le diabète, qui reflètent l'efficacité des soins, ainsi que la santé de la population – qui fait l'objet d'examen de dépistage et qui a une bonne hygiène de vie.

Pour savoir si la qualité diffère en raison de l'éducation ou des revenus des gens, nous avons utilisé un ensemble d'indicateurs fondés sur des données probantes mises au point pour l'étude POWER (Project for an Evidence-based Women's Health Report, www.powerstudy.ca)¹²². L'étude POWER fait état des différences en matière de sexe, ainsi que des différences socio-économiques et ethniques dans la santé et les soins de santé en Ontario, en tant qu'outil pour améliorer la santé et réduire les inégalités entre les hommes et les femmes.

Depuis les années 1990, les inégalités de revenu se sont accrues au Canada – les gens qui ont un revenu élevé deviennent plus riches et les gens qui ont un faible revenu deviennent plus pauvres¹²³. C'est important, car, d'après des centaines d'études entreprises un peu partout dans le monde, plus votre revenu est faible, moins votre santé est bonne¹²⁴. Selon les études, c'est la pauvreté qui entraîne une mauvaise santé et non une mauvaise santé qui entraîne la pauvreté, et les gens qui ont de faibles revenus ont une santé très inférieure à la moyenne, tandis que les gens qui ont des revenus élevés sont légèrement en meilleure santé que la moyenne. La différence pourrait s'expliquer par le fait que les pauvres ne peuvent acheter que des aliments bon marché, à forte teneur en gras, et parce qu'ils vivent souvent dans des quartiers pollués ou dangereux et sont sujet à beaucoup de stress à cause du manque d'argent.

Le niveau d'éducation que vous avez est également associé à votre santé¹²⁵. Le manque d'éducation peut se traduire par un revenu plus faible, ce qui peut aussi se traduire par une mauvaise santé. Le manque d'éducation peut également faire en sorte que les patients ont plus de mal à savoir ce qu'ils doivent faire pour améliorer leur santé ou pour participer à des décisions complexes au sujet de leur traitement médical.

Afin de terminer notre examen de l'équité, nous avons également étudié si l'accès à un médecin de famille diffère selon le sexe, l'âge ou le statut d'immigrant.

6.1.1 Principaux points au sujet de l'équité

- Les gens à faible revenu sont légèrement moins aptes à avoir un médecin de famille.
- Les femmes qui ont un faible revenu ou peu d'éducation sont moins susceptibles de subir un test de dépistage du cancer comprenant le test Pap et des mammographies.
- Les gens qui ont un faible revenu ou peu d'éducation ont davantage tendance à fumer et à ne pas faire de l'exercice.
- Les gens qui ont un faible revenu sont plus nombreux à se rendre à l'hôpital pour des problèmes d'asthme, de diabète ou cardiaques.
- Les immigrants récents sont moins nombreux que les autres à avoir un médecin traitant.



6.2 Équité dans l'accès aux soins de santé

6.2.1 Pourquoi est-ce important?

Il est important pour tout le monde d'avoir un médecin attitré, mais encore plus pour les Ontariennes et Ontariens plus âgés qui tendent à souffrir de conditions médicales plus sérieuses. Les personnes qui ont un faible revenu tendent également à être en moins bonne santé et ont davantage besoin d'un médecin traitant.

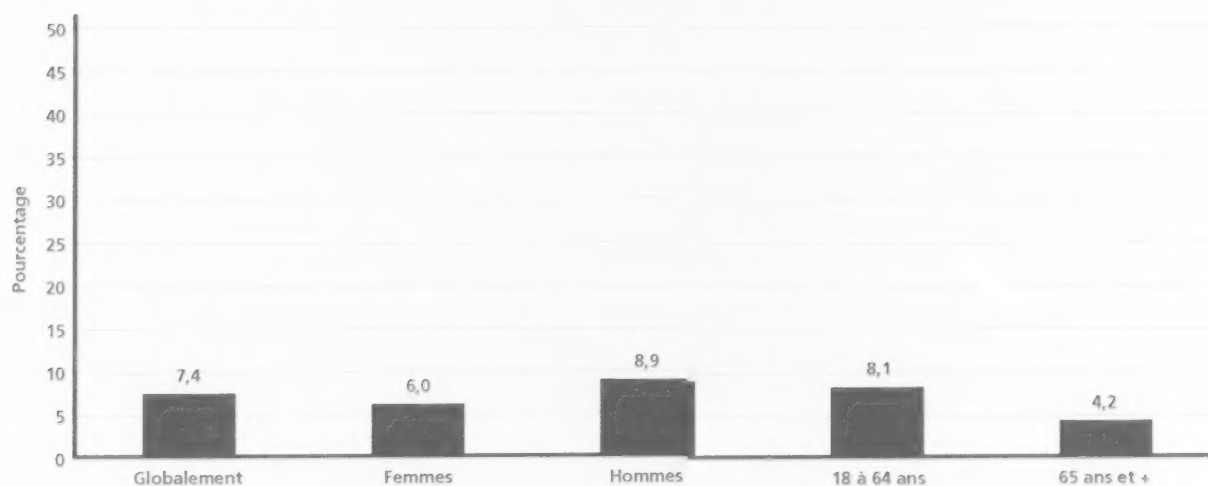
Bien que les immigrants récents tendent à être en meilleure santé que les personnes du même âge nées au Canada¹²⁶, il est important de s'assurer que les immigrants ont accès à un médecin de famille pour demeurer en bonne santé. Les études indiquent que les immigrantes récentes ont moins tendance à subir un test Pap¹²⁷, font moins d'exercice¹²⁸ et, qu'au fil du temps, la santé des immigrants décline plus rapidement de sorte que lorsqu'ils vieillissent, il n'y a plus de différence entre la santé des immigrants et celle des gens nés au Canada¹²⁹. La recherche indique également que les immigrants se heurtent à divers obstacles culturels et économiques lorsqu'ils veulent accéder à des professionnels de la santé¹³⁰.



6.2.2 Qu'avons-nous constaté?

Les personnes qui ont un faible revenu et les immigrants récents sont moins nombreux à avoir un médecin de famille.

Pourcentage d'adultes qui n'ont pas de médecin attitré, selon le sexe et l'âge en Ontario, 2007-2008

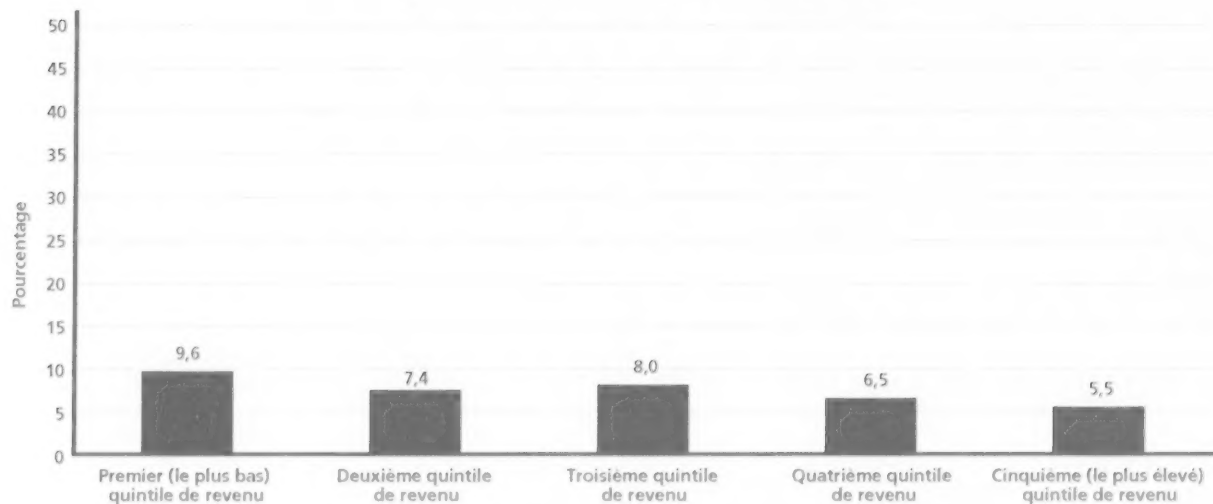


Source : *Institute for Clinical Evaluative Sciences – PCAS.*

Globalement, 7,4 pour 100 des adultes ontariens n'avaient pas de médecin traitant en 2007-2008. Les personnes plus âgées semblent avoir moins de problèmes pour trouver un médecin que les

jeunes, ce qui est rassurant étant donné leurs besoins plus importants. Les femmes sont moins susceptibles de déclarer qu'elles n'ont pas un médecin de famille.

Pourcentage d'adultes qui n'ont pas de médecin attitré, selon le quintile de revenu en Ontario, 2007-2008

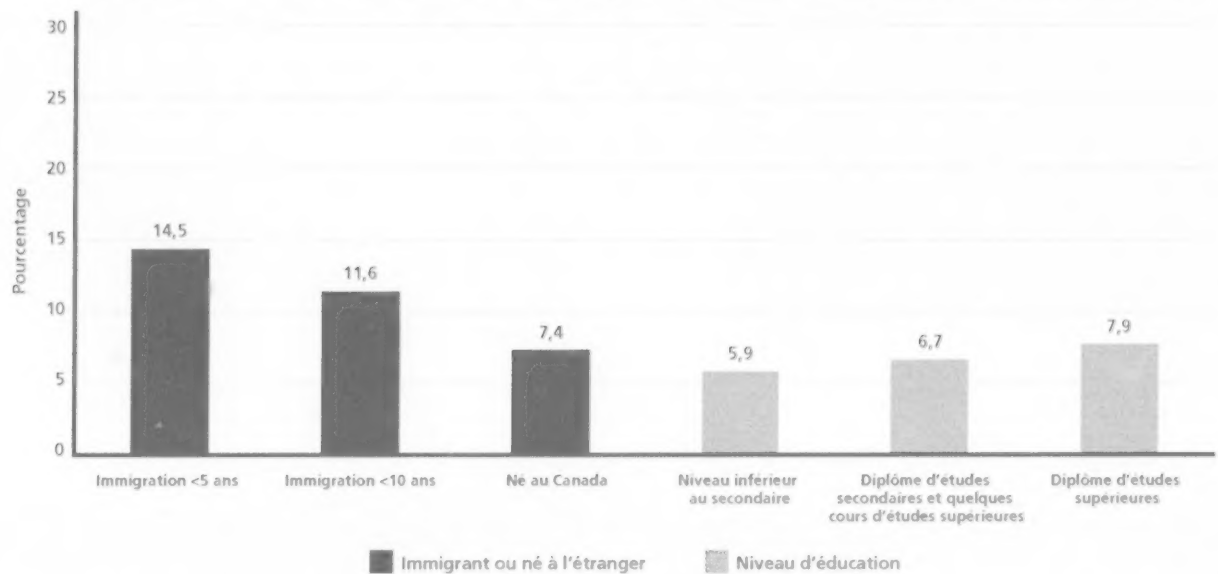


Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – PCAS.

Commentaire : Le premier quintile correspond aux 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus faibles; le cinquième quintile correspond aux 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus élevés.

Les 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus faibles sont moins nombreux à avoir un médecin traitant attitré bien qu'ils soient en moins bonne santé.

Pourcentage d'adultes qui n'ont pas de médecin attitré (immigrés ou nés au Canada), selon le niveau d'éducation et le nombre d'années passées comme immigrant en Ontario, 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – PCAS.

Il n'y a pas de différence importante sur le point statistique en ce qui a trait à l'accès à un médecin de famille par niveau d'éducation. Cependant, les personnes qui ont immigré au cours des cinq dernières années sont deux fois moins nombreuses que les personnes nées au Canada à déclarer ne pas avoir de médecin traitant attitré.

6.2.3 Pourquoi y a-t-il des inégalités dans l'accès aux soins?

- **Obstacles linguistiques.** Les immigrants récents sont moins nombreux à avoir un médecin de famille, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils savent moins que les personnes nées au Canada comment ils doivent faire pour obtenir les soins dont ils ont besoin et ils peuvent également avoir des difficultés à s'exprimer qui les empêchent de demander de l'aide pour en trouver un. Les immigrants en général ont tendance à être en meilleure santé que les Canadiens et peuvent penser qu'ils n'ont pas besoin de médecin, mais cela pourrait aussi s'expliquer par le fait que les nouveaux arrivants ne veulent pas voir un médecin qui ne parle pas leur langue ou ne comprend pas leur culture.
- **Pauvreté.** Les Ontariennes et Ontariens qui ont peu de moyens risquent de ne pas pouvoir aller chez le médecin lorsqu'ils en ont besoin – même le coût du ticket d'autobus peut représenter une difficulté pour certaines personnes et dans les régions éloignées, il est difficile de se déplacer. On craint également que certains médecins refusent les patients qui semblent présenter des problèmes médicaux ou sociaux complexes. Nous n'avons pas trouvé de données de recherche à ce sujet, mais le problème est suffisamment grave pour que les organismes qui réglementent les médecins envisagent d'établir des lignes directrices sur les droits de la personne en Ontario afin d'interdire de telles façons de procéder^{131 132}.

6.2.4 Que fait-on ailleurs?

Selon une étude, c'est à l'Île-du-Prince-Édouard que l'utilisation des soins de santé est répartie de la manière la plus équitable parmi les différents groupes de revenu dans tout le Canada, en ce qui a trait aux visites chez les médecins généralistes, spécialistes, dentistes et dans les hôpitaux (hospitalisation)¹³³. Cette plus grande équité est apparente dans les provinces atlantiques en général.

6.2.5 Que fait-on en Ontario?

Les centres de santé communautaires prodiguent des soins primaires à des groupes spécifiques, par exemple les personnes qui ont un faible revenu ou les immigrants récents. Les centres util-

isent des équipes, qui comprennent des médecins de famille, des infirmières et infirmiers, des infirmières praticiennes, des travailleurs sociaux, des éducateurs en santé et d'autres professionnels, pour travailler avec les personnes qui présentent des problèmes médicaux et sociaux complexes. En novembre 2005, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il allait porter le nombre de centres de soins communautaires de 54 à 76 et qu'il ajouterait 17 cliniques satellites¹³⁴.

Les gens à faible revenu et certains groupes ethniques sont davantage portés à souffrir du diabète et l'un des objectifs de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète est de répondre aux besoins de ces groupes à risque élevé afin de les sensibiliser et d'accroître l'accès aux services et de fournir des soins et des outils d'autogestion tenant compte des différences culturelles.



6.2.6 Que pouvez-vous faire?

Vous pouvez vous inscrire au programme Accès Soins du ministère de la Santé, qui a pour but d'aider les gens à trouver des soins primaires, en composant le numéro 1-800-445-1822. Vous pouvez vous inscrire en ligne bientôt par l'intermédiaire du site « Vos options de soins de santé » (<http://www.health.gov.on.ca/ms/optionsdesoinsdesante/public/index.html>). Le site offrira des renseignements sur les ressources de santé locale, comme les médecins de famille, les centres de soins d'urgence et les cliniques sans rendez-vous.

6.3 Équité dans l'accès aux soins de qualité

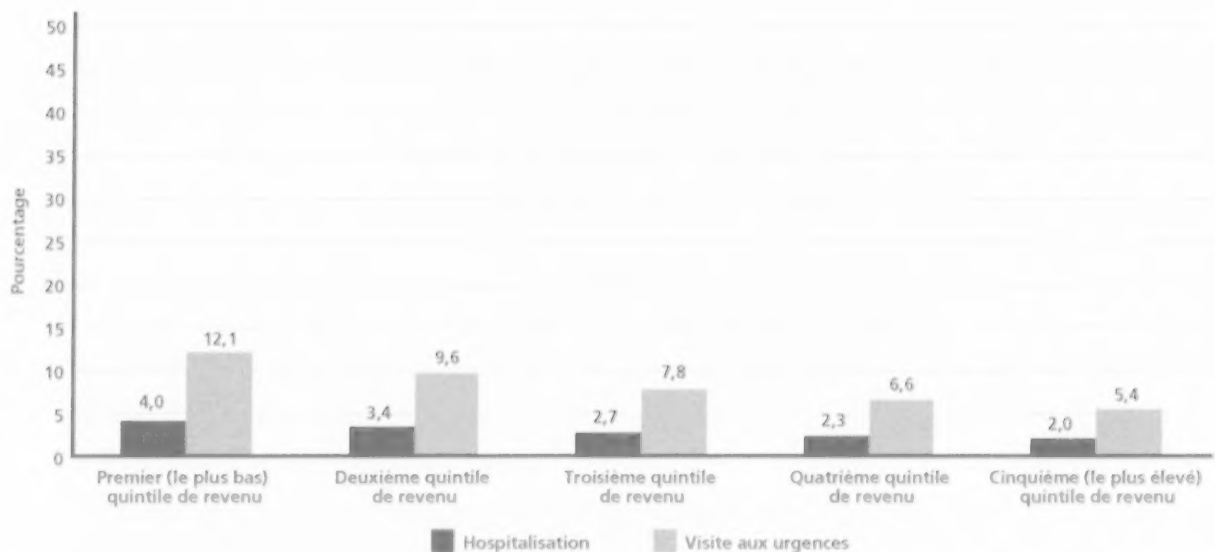
6.3.1 Pourquoi est-ce important?

Les personnes qui ont un faible revenu et celles qui ont moins d'éducation sont en général en moins bonne santé et beaucoup souffrent des maladies chroniques comme le diabète ou les maladies du cœur; par conséquent, nous jugeons particulièrement inquiétant que ces personnes ne puissent pas accéder aux soins dont elles ont besoin. Nous avons également étudié la question de savoir s'il y a des différences attribuables au sexe en ce qui a trait aux « années potentielles de vies perdues ». Cela mesure l'impact des décès prématurés attribuables aux « maladies tributaires des soins primaires » : maladies du cœur, accidents vasculaires cérébraux, grippe et maladies respiratoires, comme l'asthme et l'emphysème, pour lesquelles de bons soins primaires peuvent sauver des vies.



6.3.2 Qu'avons-nous constaté?

Taux d'hospitalisations et taux de visites aux urgences pour 100 personnes, pour des raisons associées à l'asthme, aux insuffisances cardiaques congestives ou au diabète. Selon le quintile de revenu en Ontario, 2007-2008

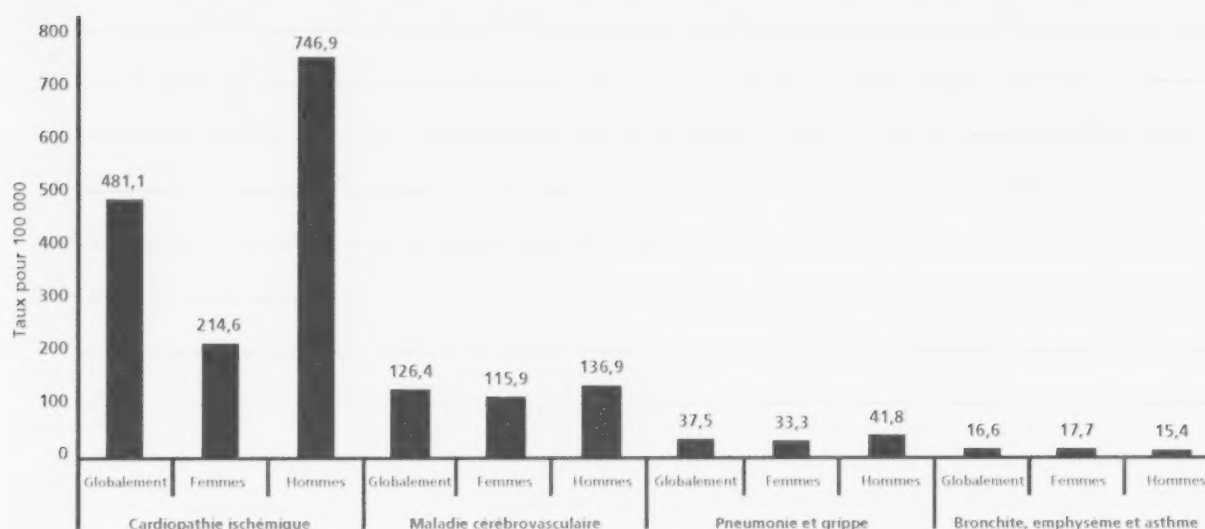


Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences - Données sur le système de santé.

Commentaire : Le premier quintile correspond aux 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus faibles, le cinquième quintile correspond aux 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus élevés.

Les personnes qui ont un faible revenu sont plus nombreuses à se faire hospitaliser pour des problèmes de diabète, d'asthme ou d'insuffisance cardiaque congestive.

Taux de pertes de vie potentielles attribuables à des affections tributaires des soins primaires pour 100 000 personnes, selon le sexe, en Ontario, 2001-2003



Source : Primary Care Scorecard, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
 Commentaire : Taux représente une moyenne de 3 ans.

Les hommes affichent un taux plus élevé que les femmes d'années potentielles de vie perdues en raison de cardiopathie ischémique.

6.3.3 Pourquoi les personnes qui ont un faible revenu souffrent-elles davantage de maladies chroniques?

- **Absence de soins primaires.** Les personnes ayant un faible revenu sont légèrement moins nombreuses que les autres à avoir un médecin traitant.
- **Hygiène de vie.** Les personnes ayant un faible revenu sont plus nombreuses à fumer et ont moins tendance à faire de l'exercice.
- **Coût des soins.** Le régime d'assurance-médicaments couvre généralement les médicaments des personnes âgées et des personnes ayant un très faible revenu, qui reçoivent l'aide sociale. Cependant, les personnes qui ont un emploi peu rémunéré ne bénéficient souvent pas d'un programme d'avantages sociaux et risquent de ne pas pouvoir s'acheter des médicaments qui coûtent cher, notamment ceux qui servent à réduire le taux de cholestérol.

6.3.4 Pratiques exemplaires

L'an dernier, nous avons indiqué que les centres de santé communautaires étaient les organismes qui parvenaient le mieux à gérer les maladies chroniques dans la province alors qu'ils desservent les populations les plus défavorisées¹³⁵. Le type de services consciencieux que fournissent les centres de santé communautaires pour gérer le diabète et les maladies du cœur peut servir à empêcher que les gens ne soient hospitalisés et à prolonger leur espérance de vie.

6.3.5 Que fait-on en Ontario?

L'Ontario accroît le nombre de centres de santé communautaire.

6.3.6 Que pouvez-vous faire?

Rendez-vous à www.aohc.org pour trouver le centre de santé communautaire le plus proche de chez vous. Contactez le centre pour voir s'il offre des programmes qui pourraient vous être bénéfiques ou vous aider à vous intégrer dans la collectivité en vous connectant à des groupes et des activités.



6.4 Équité dans l'accès aux soins de santé préventifs

6.4.1 Pourquoi est-ce important?

Beaucoup de maladies peuvent être prévenues ou traitées de manière plus efficace si elles sont décelées tôt grâce à des tests de dépistage. Les tests de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon sauvent régulièrement des vies en Ontario en nous prévenant lorsque des personnes apparemment en bonne santé peuvent avoir une maladie et devraient être orientées vers un diagnostic plus poussé et un traitement si nécessaire¹³⁶.

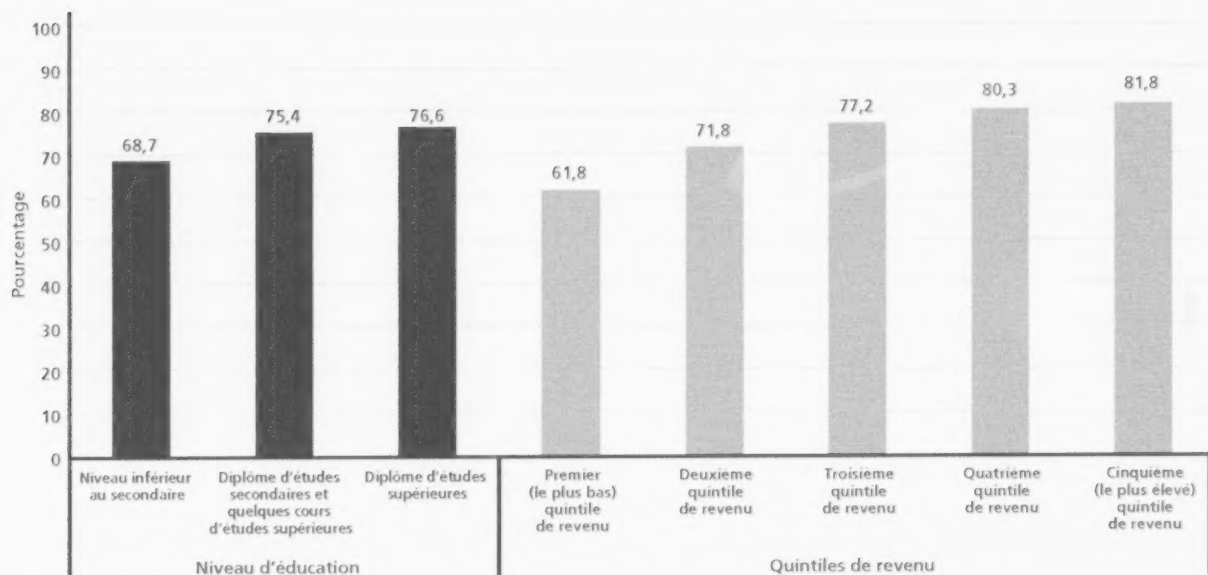
Au chapitre 10, nous parlons de manière plus détaillée des conséquences des tests de dépistage sur la santé de la population, mais nous en parlons également ici, car il y a des inégalités en ce qui a trait aux personnes qui subissent ces tests. Nous avons étudié l'utilisation des services de prévention selon les niveaux de revenu et d'éducation. Malheureusement, nous ne disposons pas de données suffisantes pour examiner l'utilisation des tests de dépistage par les immigrants.

Les renseignements contenus ici reposent sur des sondages menés auprès de la population au cours desquels nous avons demandé aux gens s'ils avaient subi ou non des tests de dépistage. Cela fournit d'excellents renseignements sur les différences en fonction du revenu ou de l'éducation, mais nous soulignons le fait que lorsqu'ils répondent à de telles questions, les gens en général surestiment le nombre de tests qu'ils ont en fait subis. Cela signifie que le nombre réel de tests effectués selon l'indice de qualité du système de lutte contre le cancer d'Action Cancer Ontario¹³⁷ tend à être plus bas.

6.4.2 Qu'avons-nous constaté?

Les femmes qui ont un faible revenu ou moins d'éducation ont moins tendance à subir des tests Pap pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et des mammographies pour le dépistage du cancer du sein. Il n'y a pas de différence au niveau du revenu ou du sexe pour les personnes qui font des tests de recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage précoce du cancer colorectal. De manière générale, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est trop faible en Ontario.

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des 2 années précédant le sondage, selon le niveau d'éducation et le quintile de revenu en Ontario, 2007

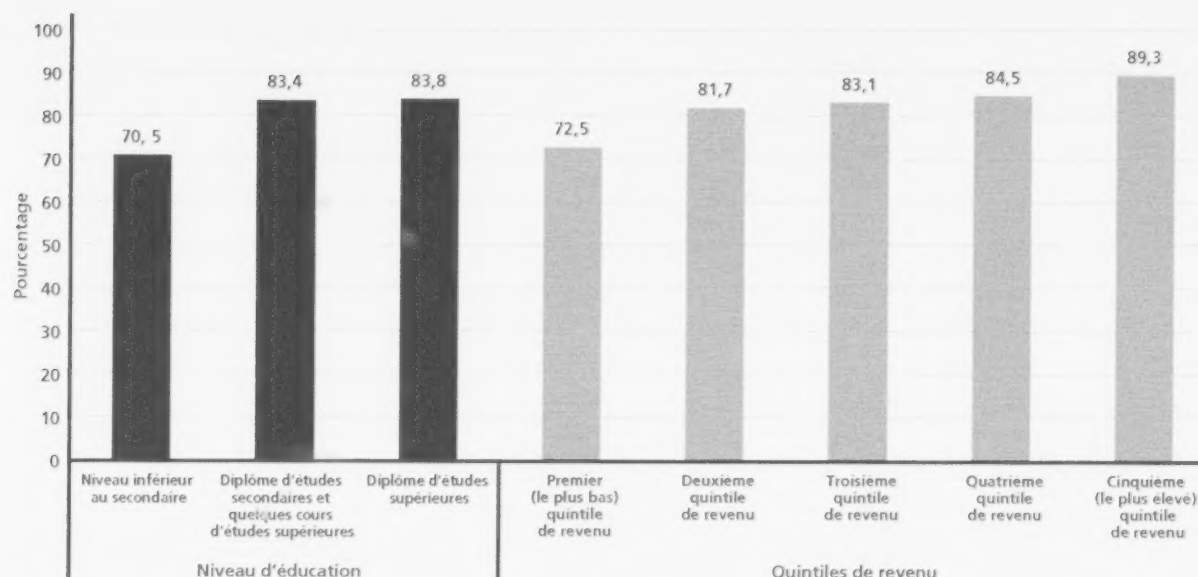


Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – CCHS

Commentaire : Le premier quintile correspond aux 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus faibles; le cinquième quintile correspond aux 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus élevés.

Les femmes qui ont un faible revenu et peu d'éducation ont moins tendance à faire des mammographies.

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 25 à 69 ans qui ont subi un test Pap au cours des 3 années précédant le sondage, selon le niveau d'éducation et le quintile de revenu en Ontario, 2007



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – CCHS

Commentaire : Le premier quintile correspond aux 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus faibles; le cinquième quintile correspond aux 20 pour 100 des habitants dont les revenus sont les plus élevés.

De même, les femmes qui ont un faible revenu et peu d'éducation ont moins tendance à faire des tests Pap.

En 2007, seulement un Ontarien sur quatre indiquait avoir subi un test de dépistage de sang occulte dans les selles pour le cancer du côlon au cours des années précédentes. Il n'y avait pas de différence notable concernant l'utilisation de ce test entre les hommes et les femmes, ni selon le niveau d'éducation ou de revenu. Les taux sont trop faibles pour tous.

6.4.3 Pourquoi les gens n'ont-ils pas tous recours aux services de prévention?

- **Accès.** Les gens qui ont un faible revenu sont moins nombreux à avoir un médecin traitant, et donc à faire des tests de dépistage.
- **Survie.** Les personnes qui vivent dans la pauvreté sont parfois si stressées ou préoccupées par leurs besoins immédiats qu'elles ne songent pas aux mesures de prévention à long terme.
- **Connaissances.** Souvent, les personnes peu éduquées ne savent pas qu'il est important de faire des tests de dépistage ou ne comprennent pas les messages d'intérêt public.

6.4.4 Que fait-on ailleurs?

La Health Research and Services Administration, organisme financé par le ministère de la Santé des États-Unis, a créé les

Health Disparities Collaboratives afin d'améliorer les soins primaires prodigués à tous et d'éliminer les disparités dans le domaine de la santé. Les groupes « Collaboratives » ont considérablement amélioré les soins dispensés aux personnes très défavorisées. En ce qui concerne le traitement du cancer, par exemple, les groupes qui ont participé aux « Collaboratives » ont créé un registre pour les aider à gérer les soins des personnes admissibles à un test de dépistage du cancer et, en août 2005, les taux de dépistage du cancer du côlon, du sein et du col de l'utérus s'étaient améliorés pour tous¹³⁸.

Les US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont mis en place un programme intitulé Racial and Ethnic Approaches to Community Health (REACH), qui finance les activités communautaires visant à réduire les disparités dans le domaine de la santé. Un exemple est le projet REACH Rural Alabama, qui avait pour but d'améliorer le dépistage du cancer chez les femmes afro-américaines. Le programme a mobilisé des bénévoles, envoyé des documents d'information ciblés et aidé les femmes à se rendre à leurs rendez-vous pour des tests de dépistage en leur rendant visite, en leur téléphonant et en leur envoyant des avis de rappel. Au cours d'une période de deux ans, les taux de mammographie se sont accrus pour passer de 48 à 62 pour 100, celui des tests Pap est passé de 55 à 66 %, et les disparités entre les femmes blanches et noires ont diminué pour passer de 17 à 11 pour 100¹³⁹.

6.4.5 Que fait-on en Ontario?

Selon les résultats d'une recherche publiés en 2007, l'origine culturelle d'une femme a une incidence importante sur le fait qu'elle se soumet ou non à un test Pap : les femmes qui viennent d'immigrer sont beaucoup moins nombreuses à subir un tel test¹⁴⁰. Les programmes ontariens de dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus essaient d'atteindre davantage de femmes ayant des origines culturelles différentes.

Les chercheurs ont constaté que les femmes avaient davantage tendance à faire des tests de dépistage du cancer lorsque :

- ces tests sont recommandés par leur médecin;
- elles reçoivent des lettres d'invitation;
- elles participent aux activités communautaires;

- les tests sont recommandés par les éducateurs dans le domaine de la santé;
- il existe des initiatives ayant pour but de cibler les groupes précis participants;
- les organisateurs discutent de l'accès, des obstacles linguistiques et des craintes.

Afin d'améliorer les taux de dépistage du cancer du côlon dans toute la province, Action Cancer Ontario envisage de créer un projet pilote invitant les Ontariennes et Ontariens admissibles (âgés de 50 ans et plus ou dont un parent proche a le cancer du côlon) à consulter leur fournisseur de soins de santé primaires au sujet des programmes de dépistage; le but est de faire en sorte que davantage de gens soient testés.

6.4.6 Que pouvez-vous faire?

Les femmes âgées entre 50 et 69 ans devraient faire une mammographie tous les deux ans. Vous pouvez prendre rendez-vous pour vous soumettre à un test de dépistage en contactant le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein à <http://www.cancercare.on.ca/french/home/pcs/screening/breastscreening/OBSP/> ou en composant le numéro 1 800 668-9304. Pour obtenir plus de détails sur ce programme, visitez www.cancercare.on.ca.

Le programme ContrôleCancerColorectal recommande que les hommes et les femmes âgés de 50 ans et plus, qui n'ont pas d'antécédents familiaux de cancer du côlon, se fassent tester au moyen d'un test de recherche de sang occulte dans les selles. Les personnes qui présentent un risque accru d'obtenir le cancer du côlon devraient commencer à se faire tester à un plus jeune âge et la colonoscopie est l'outil de dépistage le plus approprié. Consultez votre fournisseur de soins de santé au sujet de vos antécédents familiaux et de la méthode de dépistage qui vous convient. Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet à <http://www.controlecancercolorectal.ca/index.html>.

Les lignes directrices ontariennes recommandent que les femmes se soumettent à un test Pap tous les ans lorsqu'elles commencent à avoir des rapports sexuels. Si les tests sont normaux pendant trois années consécutives, vous pouvez vous faire tester seulement tous les deux ou trois ans et si vous êtes âgée de plus de 70 ans et avez eu un test Pap normal pendant 10 ans, vous pouvez cesser de vous soumettre à ce test. Demandez à votre médecin ou infirmière la fréquence à laquelle vous devriez vous soumettre à un test Pap.



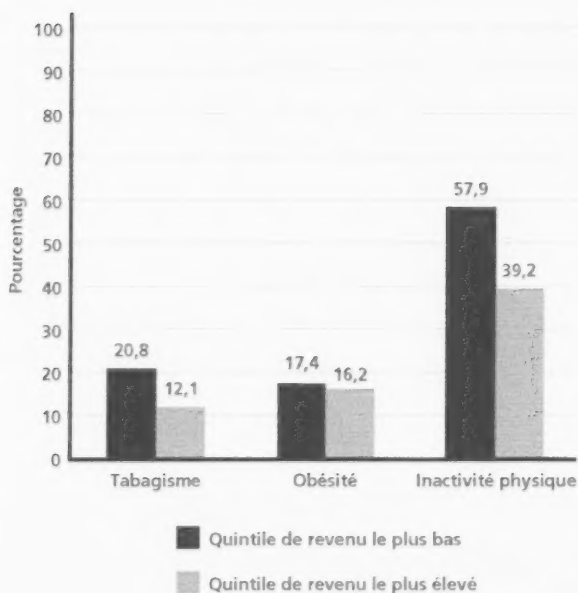
6.5 Disparités au niveau des facteurs de risque et de l'hygiène de vie

6.5.1 Pourquoi est-ce important?

Une mauvaise hygiène de vie, par exemple ne pas faire de l'exercice, fumer, mal se nourrir, être obèse et consommer trop d'alcool, sont autant de facteurs qui accroissent les risques de cancer et certaines maladies chroniques. En fait, la cigarette est un facteur dans environ 30 pour 100 des décès dus au cancer chez les Ontariens et 17 pour 100 des décès dus au cancer chez les Ontariennes. Le tabac accroît également le risque d'accidents vasculaires cérébraux et de crises cardiaques mortelles.

Nous parlons de manière plus détaillée des facteurs de risque et de l'incidence de l'hygiène de vie sur la santé de la population dans le Chapitre 10. L'hygiène de vie est tributaire de votre environnement social et économique. Dans ce chapitre, nous nous penchons sur l'incidence du niveau de revenu et d'éducation sur le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique.

Comparaison entre les quintiles de revenu le plus bas et le plus élevé, pour le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique en Ontario, 2007



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – OCHS

Commentaire : L'âge pour le tabagisme et pour l'inactivité physique est à 12 et plus et pour l'obésité à 20 et plus.

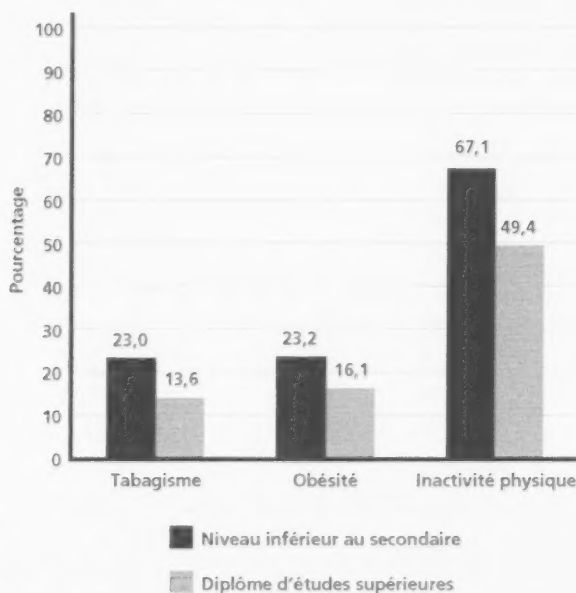
Les Ontariennes et Ontariens dont les revenus sont les plus faibles sont environ 50 pour 100 plus nombreux à fumer ou à être inactifs que ceux dont les revenus sont les plus élevés; toutefois, le revenu influe peu sur le taux d'obésité.



6.5.2 Qu'avons-nous constaté?

Les gens qui ont un faible revenu sont beaucoup plus nombreux à fumer et beaucoup moins aptes à faire de l'exercice. Les gens peu éduqués ont davantage tendance à être obèses que les gens qui ont plus d'éducation.

Comparaison entre les niveaux d'éducation le plus bas et le plus élevé, pour le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique en Ontario, 2007



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – OCHS

Commentaire : L'âge pour le tabagisme et pour l'inactivité physique est à 12 et plus et pour l'obésité à 20 et plus.

Le niveau d'éducation fait une grande différence sur le tabagisme, l'inactivité ou l'obésité, la plus grande différence étant pour le tabagisme.

6.5.3 Pourquoi le niveau de revenu influe-t-il sur l'hygiène de vie?

- **Stress.** Les personnes qui ont un faible revenu supportent la pauvreté en adoptant des comportements malsains, mais souvent agréables comme la cigarette¹⁴¹. Le stress peut aussi accentuer la difficulté de cesser de fumer¹⁴². Certaines études ont permis de démontrer des hausses importantes des taux de stress chronique dans les groupes de personnes à faible revenu¹⁴³.
- **C'est la norme.** Beaucoup de quartiers où les revenus sont faibles affichent des taux de tabagisme élevés¹⁴⁴. Les enfants qui grandissent dans un quartier où il y a beaucoup de fumeurs risquent davantage de fumer plus tard pour la simple raison que c'est ce que font les gens qui les entourent¹⁴⁵. De même, les enfants qui sont entourés de personnes inactives sont plus portés à être aussi inactifs.
- **Le défi est trop grand.** Si les personnes qui ont un faible revenu sont inactives, c'est sans doute parce qu'elles sont préoccupées par leur survie quotidienne pour faire du sport régulièrement ou parce qu'elles n'ont pas accès à des activités de loisir et sportives.

6.5.4 Que fait-on ailleurs?

L'initiative Healthy People 2010 entreprise aux États-Unis vise deux grands objectifs : aider tous les Américains à avoir une meilleure hygiène de vie et à accroître le nombre d'années où ils sont en bonne santé et éliminer les disparités dans le domaine de la santé parmi les divers groupes de la population. L'initiative essaie d'accroître l'activité physique, de réduire le nombre de personnes qui ont un surpoids ou sont obèses, de réduire le tabagisme, la toxicomanie, les blessures et la violence et de promouvoir des comportements sexuels responsables, la santé mentale, la qualité de l'environnement, l'immunisation et l'accès aux soins de santé¹⁴⁶.

Le projet REACH mis en œuvre dans le comté de Fulton près d'Atlanta, en Géorgie, avait pour but de réduire les disparités en matière de santé parmi les groupes minoritaires, notamment les Afro-américains et les pauvres. Ce programme offre des services communautaires gratuits, par exemple des classes d'information sur la nutrition, des programmes d'activités physiques, des groupes de prise en charge de soi pour les hommes et les femmes, des centres de lutte pour la santé cardio-vasculaire dans les églises, et des centres de ressources pour la santé cardio-vasculaire dans les salons de barbier et les salons de coiffure. Grâce à ce travail, le pourcentage d'adultes afro-américains qui fument est passé de 25,8 pour 100 en 2002 à 20,8 pour 100 en 2004, et le pourcentage d'adultes qui avaient des activités physiques vigoureuses pendant la semaine est passé de 25,4 pour 100 en 2002 à 28,7 pour 100 en 2004.

6.5.5 Que fait-on en Ontario?

En décembre 2008, le gouvernement de l'Ontario a annoncé la stratégie de réduction de la pauvreté intitulée *Romp le cycle*. Son but est de réduire le nombre d'enfants qui vivent dans la pauvreté de 25 pour 100 au cours des cinq prochaines années, selon l'idée qu'en donnant aux enfants ce dont ils ont besoin pour réussir, surtout à l'école, rompra le cycle de pauvreté. La stratégie propose des fonds supplémentaires dans le cadre de la Prestation ontarienne pour les enfants afin d'appuyer l'éducation et l'apprentissage au cours des premières années, l'emploi, le logement et le développement communautaire. Le gouvernement évaluera son efficacité au moyen de huit indicateurs, entre autres¹⁴⁷:

- le poids à la naissance;
- la maturité scolaire;
- les progrès à l'école;
- le taux d'obtention du diplôme d'études secondaires;
- les mesures économiques comme le niveau de pauvreté et la mesure de faible revenu.

La stratégie Ontario sans fumée a été lancée en 2005. Son but est :

- d'encourager les jeunes à ne pas fumer;
- de protéger les gens de l'exposition à la fumée secondaire;
- d'aider les fumeurs à cesser de fumer.

La stratégie Ontario sans fumée finance les programmes mis en œuvre par certains organismes, dont le chapitre ontarien de la Société canadienne du cancer et la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario.

6.5.6 Que pouvez-vous faire?

Les gens peuvent adopter une meilleure hygiène de vie, par exemple en buvant moins, en cessant de fumer et en s'alimentant mieux, mais on obtiendra de meilleurs résultats lorsque des interventions multifacettes sont destinées aux groupes qu'on sait être à risque. L'Unité de recherche sur la santé communautaire de l'Université d'Ottawa a conçu un site Web pour aider les gens à planifier et offrir des « programmes d'interventions multiples » qui utilisent diverses approches pour prôner des comportements sains dans la communauté. Vous pouvez en savoir plus sur ces programmes à www.miptoolkit.com.

Pour obtenir une liste des programmes et services visant à aider les familles et les particuliers à rompre le cycle de la pauvreté, visitez <http://www.growingstronger.ca/french/default.asp>.

7

7 EFFICIENT

On devrait constamment chercher des moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé.

7.1 Introduction

L'Ontario dépense beaucoup plus pour les soins de santé que pour n'importe quel autre service public – autant, en fait, que ce qu'il consacre à tous les autres services combinés. Le gouvernement provincial estime qu'il dépensera 42,4 milliards de dollars sur les soins de santé en 2009-2010, près de la moitié de l'ensemble des dépenses provinciales¹⁴⁸. C'est une entreprise énorme. Débattre de sa viabilité ne relève pas du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, mais nous savons que les planificateurs et les décideurs doivent faire tout en leur pouvoir pour améliorer l'efficacité du système afin d'éviter le gaspillage d'argent.

La mission du Conseil consiste à évaluer l'efficacité du système. Cette année encore, nous ne saurons trop insister sur le fait que l'incapacité de l'Ontario d'utiliser la technologie de l'information de manière efficace est un énorme obstacle à l'efficacité. Le système de santé a tout autant besoin de systèmes informatisés que n'importe quelle autre entreprise complexe. Ces systèmes, qu'on appelle collectivement « cybersanté », devraient comprendre les dossiers médicaux électroniques des patients, les systèmes de gestion pour la prescription des médicaments et le suivi des maladies chroniques, des données sur les maladies et des lignes directrices en matière de traitement pour les patients et les médecins, la facturation, les temps d'attente, l'utilisation des services hospitaliers, bref, tous les éléments du système de santé financés par les deniers publics.

En attendant, nous avons établi plusieurs moyens d'évaluer l'efficacité – le nombre de visites aux urgences qui auraient pu être évitées, le nombre de patients qui reçoivent des médicaments à faible coût qui produisent d'aussi bons résultats que les médicaments plus chers et le nombre d'examen inutiles prodigués avant une chirurgie de la cataracte. Nous avons également examiné ce que les gens ont dit au sujet des gaspillages au sein du système.

7.1.1 Principaux points au sujet de l'efficacité

- Il existe de nombreux moyens dont nous pourrions économiser de l'argent tout en continuant à prodiguer des soins de santé de premier ordre, par exemple utiliser des médicaments tout aussi efficaces, mais moins coûteux et réduire le nombre d'examen inutiles effectués avant une intervention chirurgicale.
- Beaucoup de visites aux urgences concernent de petits problèmes de santé qui auraient pu être traités plus rapidement ailleurs à un moindre coût.
- Les Ontariennes et Ontariens sont plus portés que les habitants d'autres pays à signaler les inefficiences et les gaspillages dus à une mauvaise organisation et aux examens superflus.
- Les dossiers médicaux informatisés amélioreraient les soins et l'efficacité du système, mais l'Ontario a du retard en ce qui a trait à la mise en place d'une infrastructure de cybersanté.





7.2 Visites aux urgences qu'on aurait pu éviter

7.2.1 Pourquoi est-ce important?

Les services des urgences ont pour mission de soigner les maladies et les blessures graves qui nécessitent des soins spécialisés immédiatement. Or, la plupart des gens se rendent aux urgences pour de petits problèmes qui pourraient être traités dans un cabinet médical ou une clinique ouverte après les heures normales de

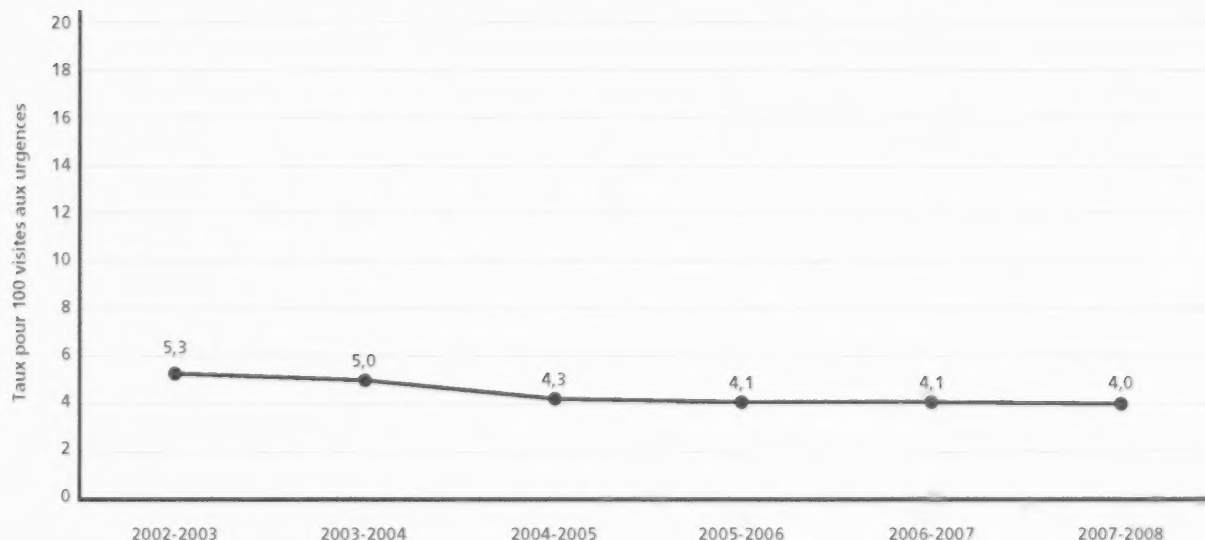
travail. En évitant de se rendre aux urgences pour des problèmes mineurs, on soulage la pression sur les hôpitaux et libère des ressources qui pourraient servir à traiter les personnes qui ont besoin des services. (Les localités rurales peuvent être une exception, car les petites villes n'ont souvent pas les moyens de se doter d'une clinique ouverte après les heures normales de travail, de sorte qu'il est normal d'utiliser les urgences pour des soins moins urgents.)

Les personnes qui vivent dans un foyer de soins de longue durée vont souvent aux urgences pour des problèmes médicaux – comme la déshydratation, une gastroentérite (grippe intestinale), le diabète et les infections urinaires – qui pourraient être prévenues par un simple suivi et quelques soins. Même lorsque ces conditions empirent, elles pourraient être gérées dans le foyer de soins de longue durée. Cela permettrait également d'économiser de l'argent et de réduire le stress pour les personnes âgées qui sont souvent très frêles. Les longues attentes aux urgences ne sont pas simplement fatigantes, mais elles sont aussi potentiellement dangereuses, si les personnes sont désorientées, attrapent une infection ou ne prennent pas leurs médicaments habituels.

7.2.2 Qu'avons-nous constaté?

Pour la période de cinq ans faisant l'objet de l'examen, nous avons constaté une baisse globale de visites aux urgences urbaines qui auraient pu être évitées. Certaines régions de la province réussissent mieux à réduire le nombre de visites pouvant être évitées.

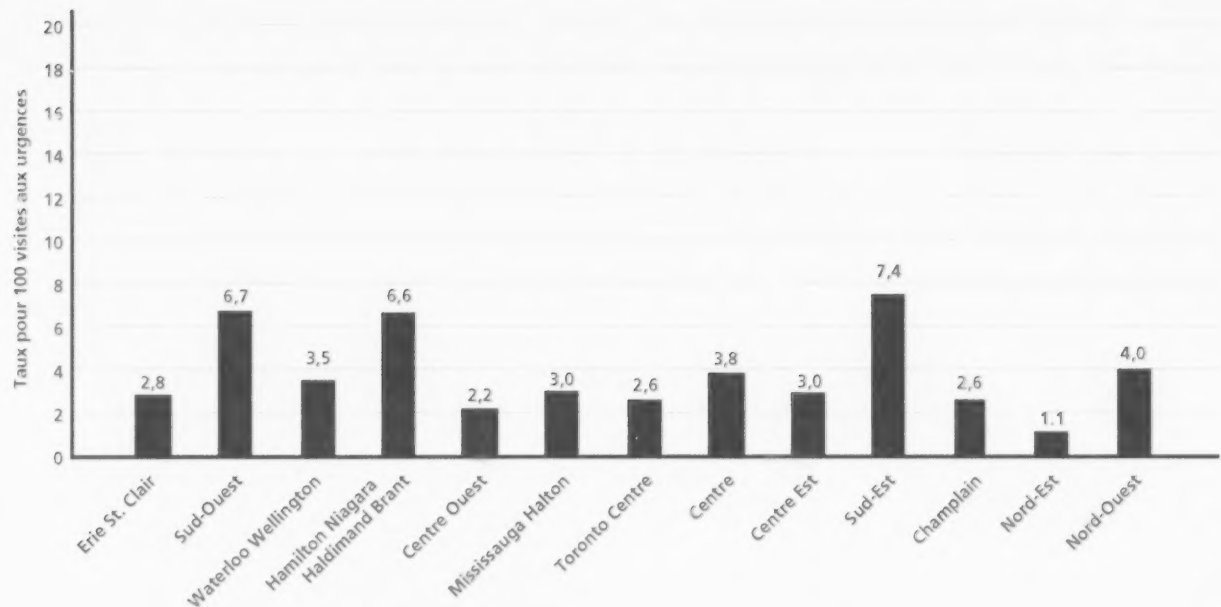
Taux de personnes qui se sont rendues aux urgences dans de grandes villes alors qu'elles auraient pu être traitées ailleurs en Ontario, 2002-2003 à 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Dans les grandes villes de l'Ontario, environ quatre visites aux urgences sur 100 concernent des petits problèmes de santé qui auraient pu être traités ailleurs. Ce chiffre a légèrement diminué au cours des dernières années, mais pourrait encore s'améliorer.

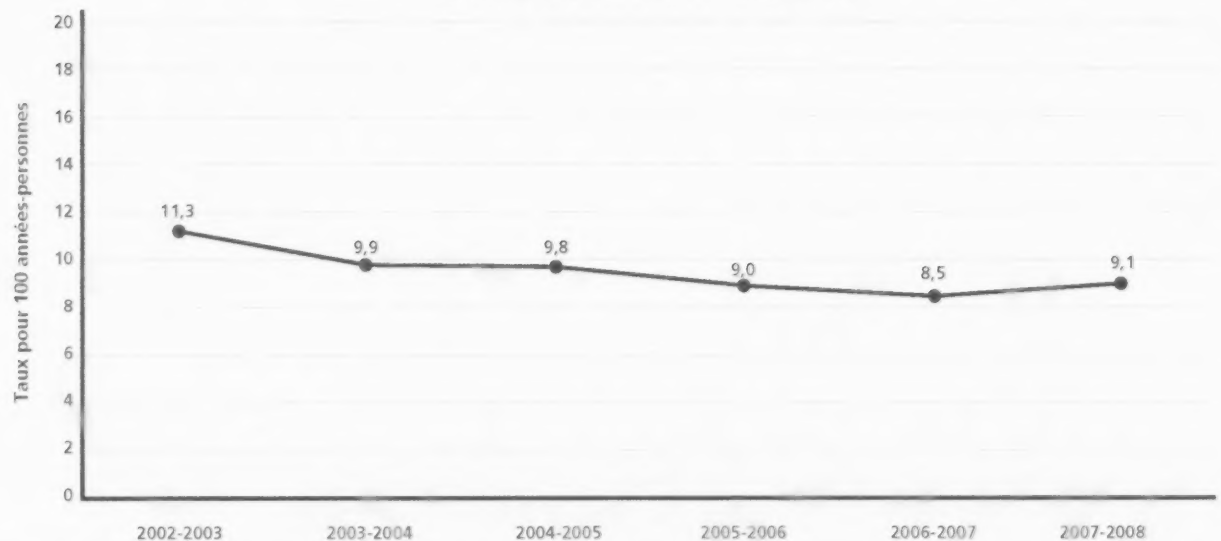
Taux de personnes qui se sont rendues aux urgences dans de grandes villes en Ontario alors qu'elles auraient pu être traitées ailleurs par région, 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Le nombre de visites qui auraient pu être évitées varie selon le réseau local d'intégration des services de santé. Les réseaux du Sud-Ouest, du Sud-Est et de Hamilton-Niagara affichaient les taux les plus élevés en 2007-2008.

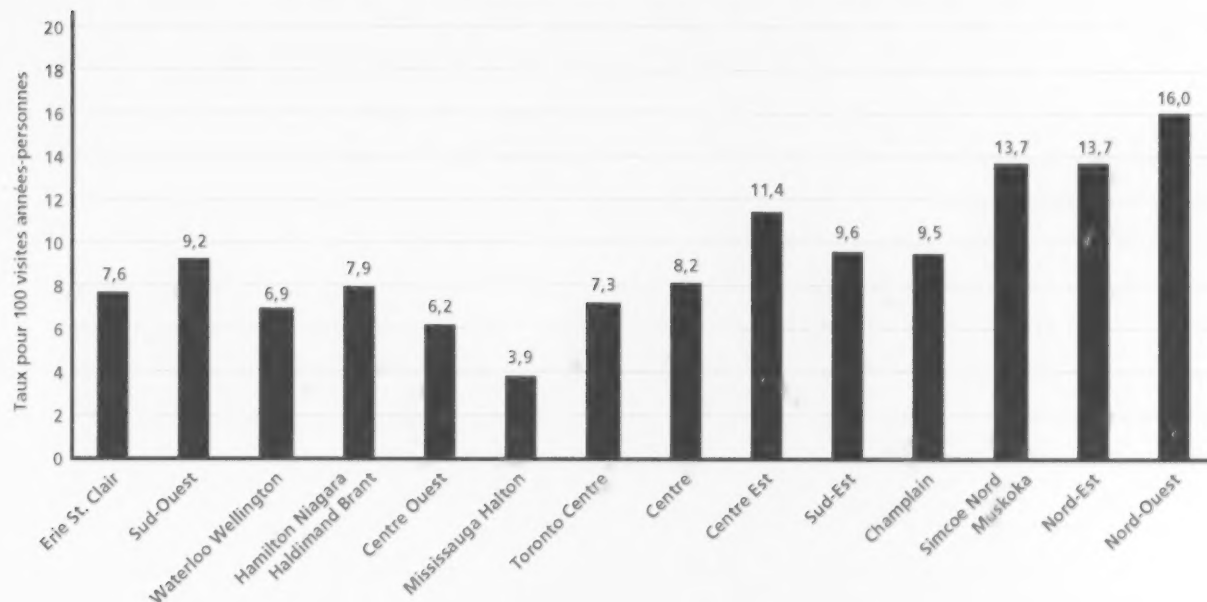
Taux pour 100 années-personnes de visites aux urgences pour des affections mineures par pensionnaires de foyers de soins de longue durée en Ontario, 2002-2003 à 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Les pensionnaires de foyers de soins de longue durée vont moins aux urgences pour des problèmes mineurs aujourd'hui qu'il y a six ans, mais il est possible de réduire le nombre de visites encore plus.

Taux pour 100 années-personnes de visites aux urgences pour des affections mineures par pensionnaires de foyers de soins de longue durée en Ontario, 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences - Données sur le système de santé

Le nombre de pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui se rendent aux urgences varie considérablement à l'échelle de la province. Les pensionnaires de certaines régions ont trois fois plus tendance que ceux d'autres régions à se rendre aux urgences pour de petits problèmes.

7.2.3 Pourquoi tant de visites inutiles aux urgences?

- **Manque d'options.** Certaines personnes se rendent aux urgences pour de petits problèmes parce qu'elles n'ont pas de médecin de famille ou parce qu'elles ne peuvent pas obtenir un rendez-vous et qu'il n'y a pas de clinique ouverte après les heures normales de travail dans leur région. Certains patients ne pensent pas à se rendre dans une clinique sans rendez-vous.
- **Absence de formation.** Les pensionnaires de foyers de soins de longue durée vont parfois aux urgences pour des problèmes mineurs, car leur foyer ne dispose pas de suffisamment d'employés formés pour s'occuper du problème ou parce qu'il n'y a pas de médecin sur place pour évaluer l'état de santé du pensionnaire.

7.2.4 Étude d'un cas de réussite : Éviter les transferts par ambulance et les visites aux urgences grâce au personnel infirmier praticien

Situation : Le service des urgences de l'Hôpital Sault Ste. Marie était débordé et les gens attendaient des heures avant de pouvoir consulter. Lorsque la direction de l'hôpital a analysé la situation,

en 2006-2007, elle a constaté que 35 pour 100 des personnes qui venaient d'un foyer de soins de longue durée en ambulance n'avaient pas besoin de soins d'urgence et qu'elles auraient pu être soignées dans le foyer par un fournisseur de soins primaires.

Objectif : Éliminer les visites inutiles aux urgences de la part des pensionnaires des foyers de soins de longue durée (ce qui éviterait du coup que les ambulances ne soient occupées pour rien).

Mesures : Nombre de transferts par ambulance de deux foyers de soins de longue durée aux urgences de l'Hôpital de Sault Ste. Marie.

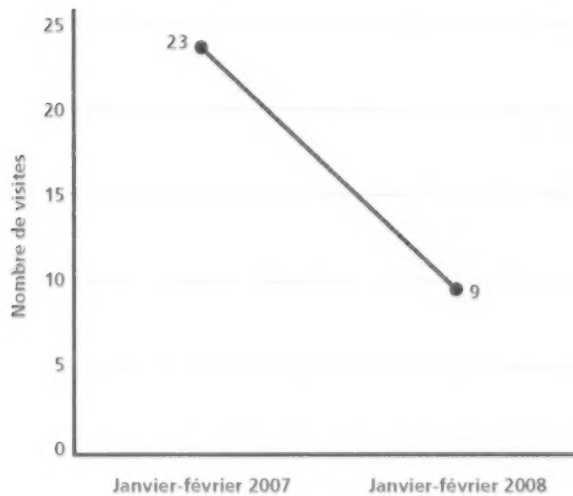
Changements : Un système a été mis à l'essai dans le cadre duquel une infirmière praticienne a collaboré avec deux foyers de soins de longue durée et aidé à gérer les problèmes d'un pensionnaire. L'infirmière praticienne a fourni des conseils par téléphone ou s'est rendue dans le foyer pour évaluer l'état du pensionnaire et suggérer un traitement ou d'autres examens. Voici quelques exemples de problèmes communs qui pouvaient être traités dans le foyer au lieu des urgences : soin des plaies de pression et des infections urinaires, points de suture, changements de cathéter ou examen du pensionnaire après une chute.

Les infirmières praticiennes ont également animé des séances de mentorat et de formation en cours d'emploi pour le personnel des foyers de soins de longue durée et lui apprendre à mieux gérer ces situations.

La mise en œuvre de ce système a nécessité beaucoup de communication et de coordination avec les médecins et le personnel afin de clarifier le rôle de l'infirmière praticienne.

Résultats : Les transferts par ambulance ont diminué pour passer de 23 en janvier-février 2007 (données de base) à 9 en janvier-février 2008.

**Nombre de visites aux urgences à
Sault Area Hospital, de janvier-février
2007 à janvier-février 2008**



Source: Sault Area Hospital, Sault Ste-Marie, Ontario



7.2.5 Que pouvez-vous faire?

Si vous pensez devoir aller aux urgences, mais n'êtes pas certain que cela soit nécessaire, appelez le service Télésanté Ontario, qui est ouvert 24 heures sur 24, sept jours sur sept, au numéro 1 866 797-0000 (ATS : 1 866 797-0007). Télésanté est un service gratuit qui vous permet de consulter une infirmière agréée en toute confidentialité; cette personne peut vous donner des conseils au sujet des problèmes de santé et vous aider à décider si vous devez vous en occuper vous-mêmes, prendre rendez-vous avec votre médecin, aller dans une clinique, contacter un service communautaire ou vous rendre aux urgences.

7.3 Utiliser des médicaments peu dispendieux aussi efficaces que les médicaments plus chers

7.3.1 Pourquoi est-ce important?

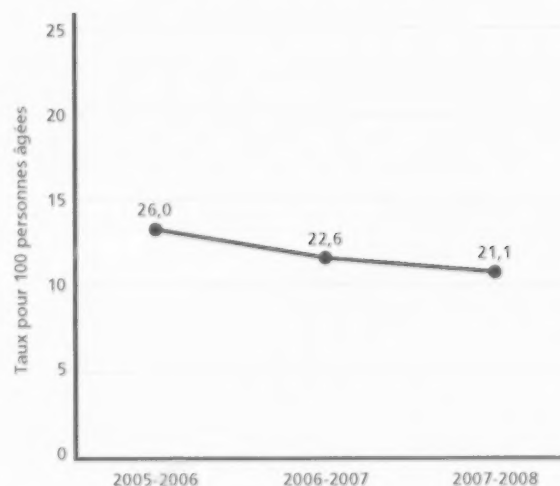
Les médicaments sont essentiels au traitement des maladies et, chaque année, nous dépensons plus d'argent sur eux. Cependant, on prescrit souvent un médicament nouveau et plus cher au lieu d'un médicament plus ancien et moins cher qui fonctionne tout aussi bien. Cela se traduit par un gaspillage d'argent qui pourrait servir à autre chose.

Les médicaments pour l'hypertension en sont un bon exemple. L'hypertension est une condition commune qui peut se traduire par une maladie du cœur, un accident vasculaire cérébral et le décès si elle n'est pas traitée. Les thiazidiques sont des diurétiques qui produisent de bons résultats pour la plupart des gens; les lignes directrices de l'Ontario indiquent que les thiazidiques sont les premiers médicaments à essayer dans la plupart des cas^{†† 149}. Ils ne coûtent que quelques cents par jour, tandis que les nouveaux médicaments contre l'hypertension coûtent 4 \$ ou 5 \$ par jour. Cela pose un problème pour la province, car la plupart des médicaments des personnes âgées et des personnes qui reçoivent l'aide sociale sont prises en charge par le gouvernement.

7.3.2 Qu'avons-nous constaté?

Il est possible de réduire les gaspillages dans notre système de santé. Beaucoup de patients prennent des médicaments plus chers alors qu'il existe des médicaments moins chers et tout aussi efficaces.

Taux de prescription d'un thiazidique comme hypotenseur de premier choix pour 100 personnes âgées, 2005-2006 et 2006-2007

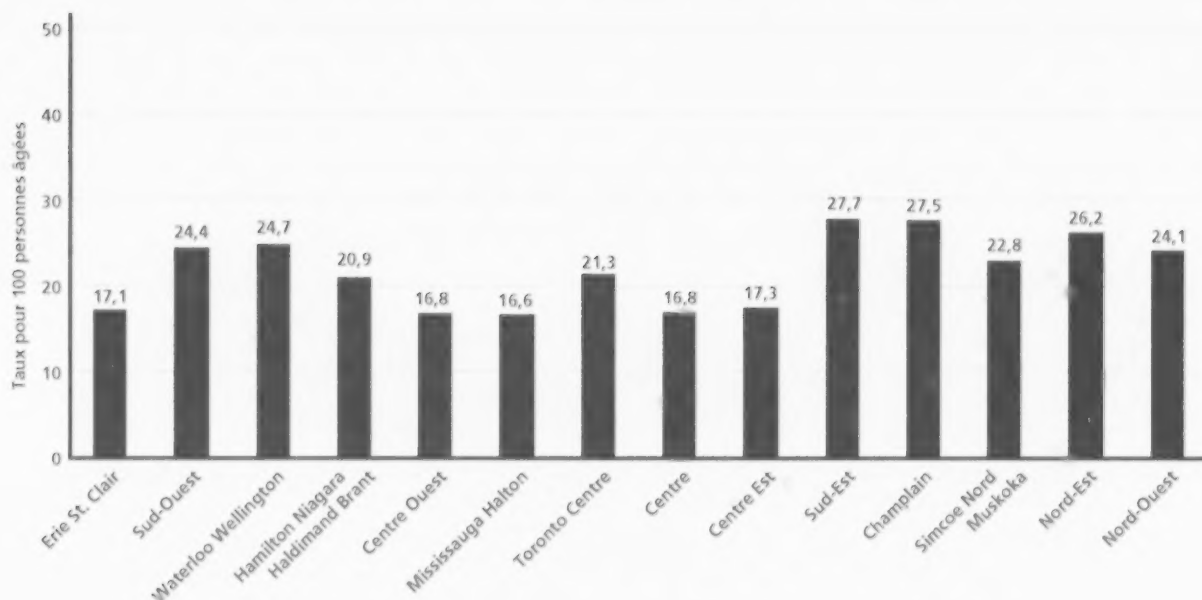


Source : Institut for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé



†† Les patients qui souffrent d'insuffisance cardiaque congestive, de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral, de diabète ou de maladie rénale chronique devraient d'abord essayer d'autres médicaments contre l'hypertension. Lors du calcul du taux d'utilisation des thiazidiques, nous n'avons pas tenu compte des personnes qui ont de tels problèmes de santé.

**Taux de prescription d'un thiazidique comme hypotenseur
de premier choix pour 100 personnes âgées, par région, 2007-2008**



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Seulement environ une personne âgée sur cinq en Ontario reçoit des thiazidiques lorsqu'elle commence un traitement contre l'hypertension et ce taux diminue. Toutefois, certaines régions utilisent mieux ces thiazidiques, ce qui signifie que davantage de médecins pourraient les prescrire en premier pour économiser de l'argent sans nuire à la qualité des soins.

7.3.3 Pourquoi les médecins ont-ils tendance à prescrire les médicaments les plus chers?

L'une des raisons pour lesquelles des médicaments dispendieux sont utilisés est que les fabricants déploient d'énormes efforts pour commercialiser les nouveaux produits auprès des médecins et non pas les médicaments plus anciens dont le brevet est arrivé à expiration et qui rapportent moins d'argent.

7.3.4 Que fait-on ailleurs?

La Saskatchewan a mis en œuvre un programme provincial appelé RxFiles¹⁵⁰, dans le cadre duquel des pharmaciens compétents se rendent auprès des médecins pour leur présenter les meilleurs médicaments qui, selon des données probantes, sont les moins dispendieux dans diverses situations. Cette façon de procéder s'inspire des méthodes utilisées par les sociétés pharmaceutiques pour vendre leurs médicaments en envoyant du personnel dans les cabinets médicaux pour promouvoir leurs produits – mais l'avis de la province n'est pas motivé par la nécessité de faire une vente.

7.3.5 Que pouvez-vous faire?

Si on vient de vous dire que vous faites de l'hypertension ou que vous preniez déjà des médicaments pour ce problème de santé qui ne comprennent pas de thiazidique, parlez-en à votre médecin. À moins que vous ne souffriez d'autres problèmes médicaux qui vous empêchent de prendre un thiazidique, ce médicament est aussi sûr que les nouveaux médicaments (et coûte beaucoup moins cher).



7.4 Éliminer les examens inutiles

7.4.1 Pourquoi est-ce important?

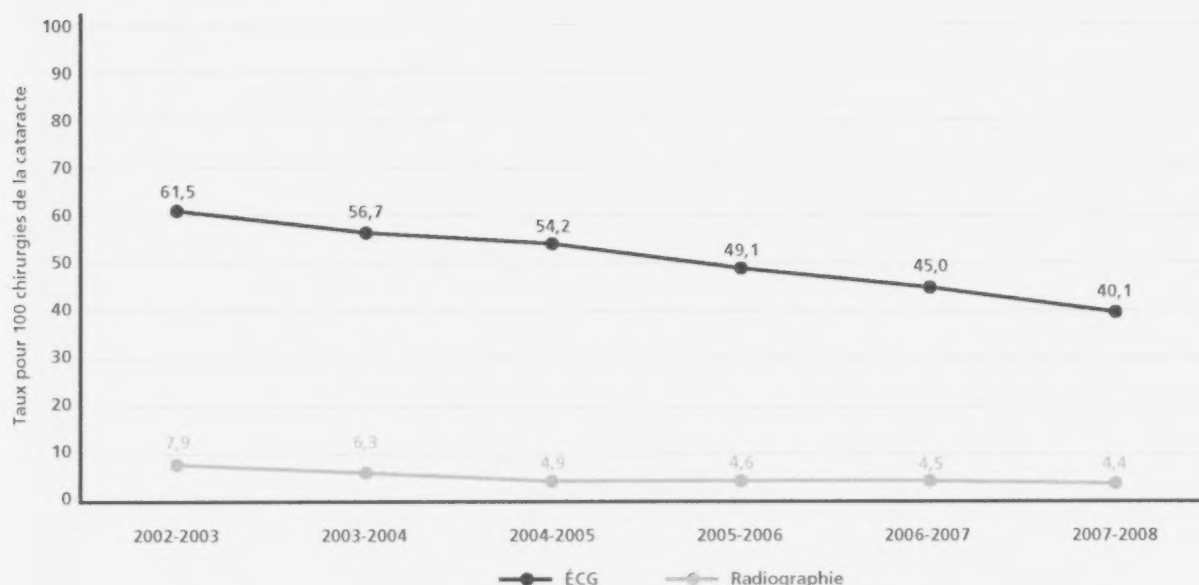
Les examens préalables à une intervention chirurgicale sont communs, surtout pour les personnes plus âgées, mais beaucoup ne servent à rien. Les résultats préliminaires d'une étude menée à Toronto indiquent qu'il est inutile de procéder à des examens préalables pour beaucoup de types de chirurgies ne nécessitant pas une hospitalisation¹⁵¹. Une autre étude canadienne a permis d'établir qu'on pouvait réduire beaucoup d'examen préalables à diverses interventions chirurgicales si on appliquait des protocoles normalisés¹⁵². Cette année encore, nous nous sommes penchés sur les électrocardiogrammes et les radiographies de la poitrine avant la chirurgie de la cataracte pour déterminer si l'Ontario gaspille du temps et de l'argent en procédant ainsi. Selon plusieurs études, aucun de ces examens n'améliore la sécurité du patient¹⁵³ et on pourrait économiser de l'argent si on les éliminait¹⁵⁴. Qui plus est, les radiographies superflues exposent les gens à des radiations pour rien et les examens non nécessaires leur font perdre inutilement du temps.

7.4.2 Qu'avons-nous constaté?

On continue d'effectuer des examens inutiles avant les interventions chirurgicales et les écarts entre les taux enregistrés par les réseaux locaux d'intégration des services de santé sont trop importants. Si le but est d'éliminer tous les examens superflus avant les chirurgies de la cataracte, nous sommes loin d'atteindre notre objectif.

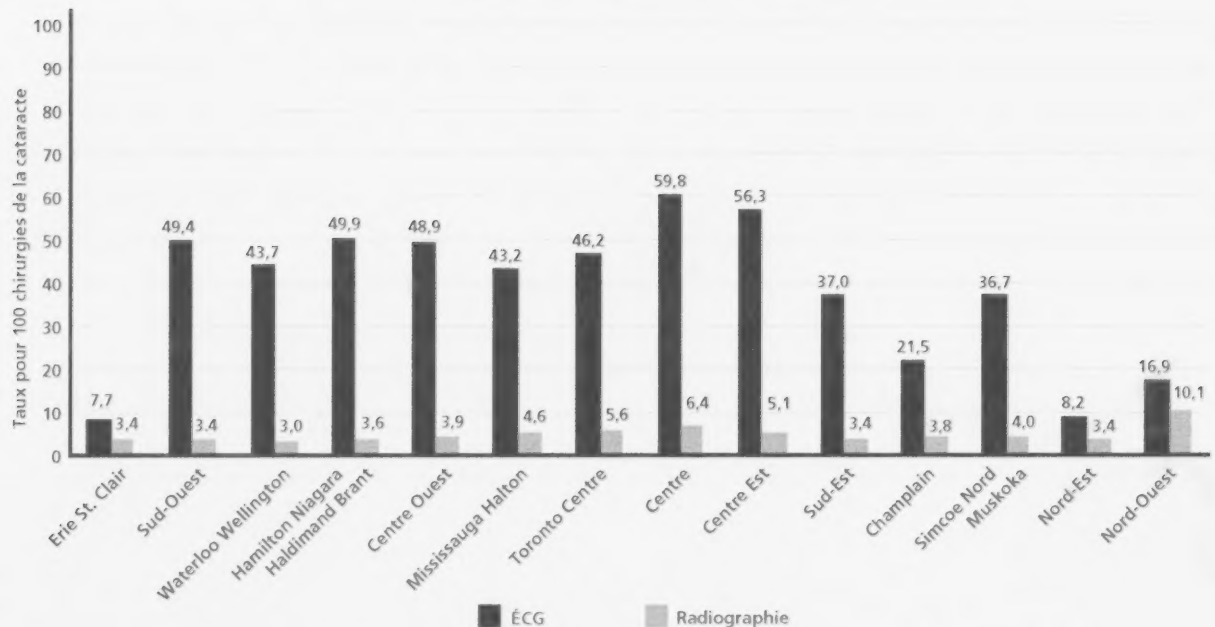


Taux d'examen préopératoire pour 100 chirurgies de la cataracte en Ontario, de 2002-2003 à 2007-2008



Source : Institut for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé

Taux d'examens préopératoires pour 100 chirurgies de la cataracte en Ontario, 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences - Données sur le système de santé

Le nombre d'électrocardiogrammes et de radiographies de la poitrine effectués avant une chirurgie de la cataracte diminue. Cependant, en 2007-2008, quatre patients sur 10 devant subir une chirurgie de la cataracte ont subi un électrocardiogramme. Le taux d'électrocardiogrammes avant une chirurgie de la cataracte varie énormément parmi les réseaux locaux d'intégration des services de santé, entre 8 pour 100 et 60 pour 100. Réduire ces examens serait un moyen facile d'éviter les pertes de temps pour les patients et d'argent pour le système de santé.

7.4.3 Pourquoi examine-t-on le cœur et les poumons avant une chirurgie des yeux?

La plupart des patients qui doivent se faire opérer de la cataracte sont âgés et risquent d'être victimes d'une crise cardiaque ou d'une maladie des poumons. Autrefois, les chirurgies de la cataracte étaient plus complexes et effectuées dans les hôpitaux; ces

examens étaient effectués pour s'assurer que le patient pouvait subir la chirurgie. De nos jours, la chirurgie de la cataracte est une intervention mineure qui ne nécessite pas d'hospitalisation et requiert seulement une anesthésie locale; toutefois, les gens croient que ces examens doivent toujours être effectués.

7.4.4 Que fait-on ailleurs?

Nous n'avons pas trouvé d'exemples de lieux qui ont éliminé les examens inutiles avant les chirurgies de la cataracte. Cependant, il existe des stratégies générales pour réduire le nombre d'exams superflus, notamment des prescriptions et des protocoles normalisés^{155 156}. En procédant ainsi, on évite entièrement de prescrire les examens. Un moyen efficace d'atteindre notre objectif serait de surveiller le nombre d'exams prescrits par chaque médecin et de lui fournir régulièrement des commentaires à ce sujet, avec des comparaisons sur la manière dont d'autres médecins procèdent¹⁵⁷.

7.4.5 Que pouvez-vous faire?

Si vous devez vous faire opérer de la cataracte, demandez si des examens préalables ont été prescrits et, le cas échéant, pourquoi. Vous pourriez également demander si les renseignements fournis sur les formulaires préalables à l'admission indiquaient que vous aviez besoin de ces examens.





7.5 Ce que pensent les patients du gaspillage

7.5.1 Pourquoi est-ce important?

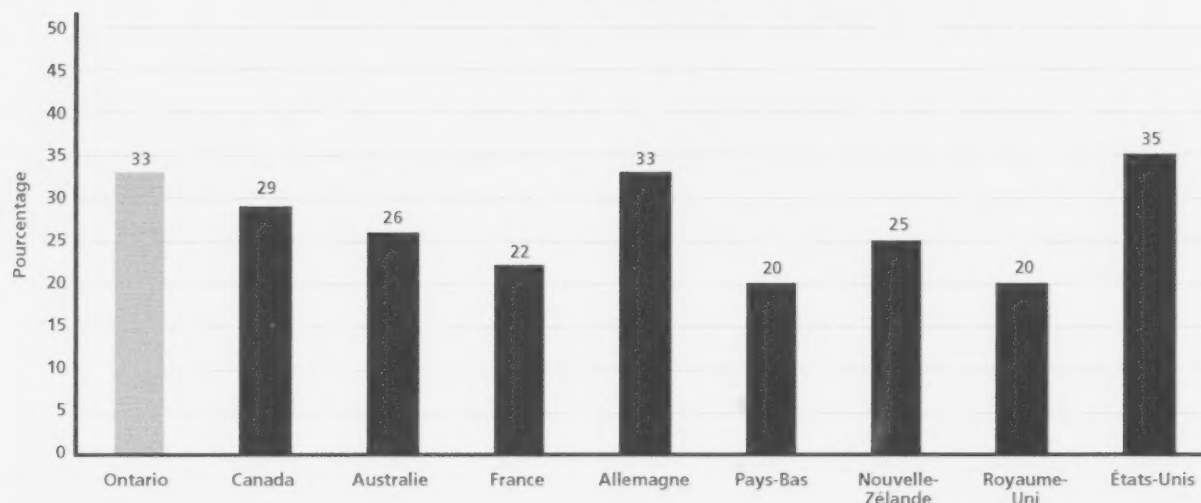
Les patients n'aiment pas perdre du temps. Il est juste, par exemple, que les patients s'attendent à ce que les résultats de leurs examens soient disponibles lorsqu'ils en ont besoin, afin qu'un rendez-vous ou une intervention se produise sans avoir à refaire l'examen. Le manque d'organisation est la cause des pertes de temps dans le système de santé et se traduit par une réduction de la satisfaction et de la confiance des patients à l'égard du système.

Cette année, nous disposons de nouvelles données provenant de l'International Health Policy Survey of Sicker Adults du Fonds du Commonwealth (voir l'encadré à la section 2.1). L'enquête portait sur 7 500 patients de huit pays, dont un échantillon très important pour l'Ontario; les données obtenues ont servi de base au présent rapport.

7.5.2 Qu'avons-nous constaté?

En Ontario, un adulte plus gravement malade sur trois considère qu'une mauvaise organisation des soins lui fait perdre son temps; ce taux est supérieur à ceux des autres pays.

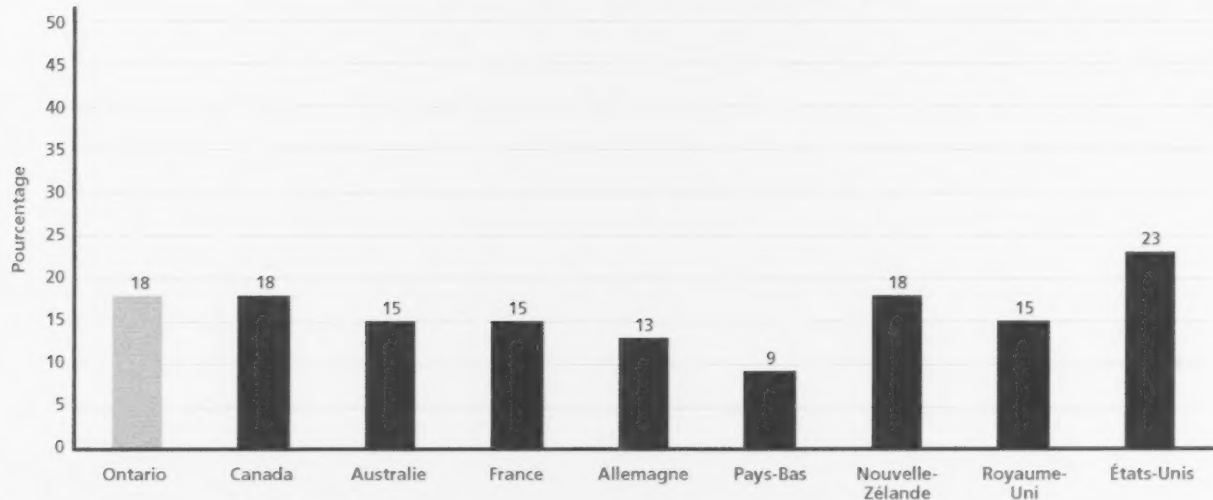
Pourcentage d'adultes plus gravement malades qui, au cours des 2 dernières années, ont souvent ou parfois eu l'impression qu'on leur faisait perdre leur temps à cause d'une mauvaise organisation des soins, 2008



Source : International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2008, Fonds du Commonwealth.

L'Ontario affiche les pires taux en ce qui a trait au gaspillage de temps pour les patients, comme en Allemagne et aux États-Unis. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni enregistrent les taux les plus bas de patients qui pensent qu'on leur fait perdre leur temps.

Pourcentage d'adultes plus gravement malades qui, au cours des 2 dernières années, ont indiqué que les résultats de leurs examens, leur dossier médical ou les raisons de l'orientation vers un médecin spécialisé n'étaient pas disponibles au moment du rendez-vous avec le médecin, 2008

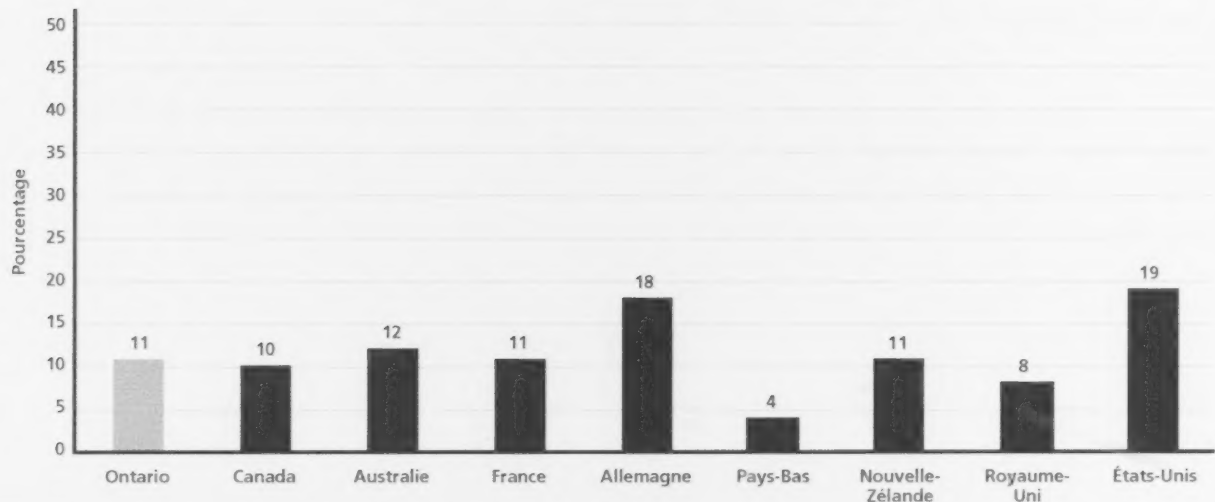


Source : International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2008, Fonds du Commonwealth.

Près d'un adulte ontarien plus gravement malade sur cinq dit avoir perdu du temps parce que les résultats de leurs examens, leurs dossiers médicaux ou lettres de recommandation manquaient au moment du rendez-vous. Sur ce plan, l'Ontario affiche les mêmes taux que l'ensemble du Canada, soit un peu

moins qu'aux États-Unis et un peu moins bien que dans la plupart des autres pays. Les Pays-Bas se distinguent en étant le pays où le taux de personnes qui estiment que leurs soins ne sont pas bien organisés est le plus bas – soit la moitié du taux enregistré en Ontario.

Pourcentage d'adultes plus gravement malades qui, au cours des 2 dernières années, ont indiqué que les examens subis étaient inutiles car ils avaient déjà été effectués, 2008



Source : International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2008, Fonds du Commonwealth.

Environ un adulte ontarien plus gravement malade sur 10 dit avoir subi un examen superflu parce qu'il avait déjà été effectué. Ce taux est plus ou moins le même que dans le reste du Canada

et que dans beaucoup d'autres pays. Heureusement, il est bien inférieur à celui des États-Unis. Les Pays-Bas enregistrent les taux les plus bas pour les tests superflus.

7.5.3 Pourquoi fait-on perdre du temps aux gens et effectue-t-on des examens superflus?

- **Manque de coordination.** Lorsque des soins sont prodigués par plusieurs organismes, la coordination et la communication sont essentielles. Lorsqu'elles sont absentes, le patient sent que le système est désorganisé. Si un hôpital ne communique pas avec le médecin de famille lorsqu'un patient est admis, il peut ordonner un examen qui a déjà été effectué.
- **Absence de système informatisé.** Le manque d'investissement et de planification dans le domaine de la cybersanté aggrave les problèmes du cheminement de l'information. Selon le scénario ci-dessus, si le patient avait un dossier médical électronique qui contient et communique les résultats de l'examen parmi les soignants du patient, l'examen inutile aurait pu être évité.
- **Mauvaises habitudes.** Selon une étude menée au Royaume-Uni, la vaste majorité des examens redondants avaient été effectués par relativement peu de médecins. Certains avaient prescrit beaucoup plus d'examens pour le même patient que d'autres¹⁵⁸. L'étude recommandait qu'il fallait informer les médecins sur la manière dont ils prescrivent des examens par rapport à leurs collègues.

7.5.4 Pratiques exemplaires

Dans les trois domaines que nous avons examinés, les Pays-Bas se distinguent en étant beaucoup moins désorganisés et en gaspillant moins de temps que le Canada et l'Ontario. En 2006, les Pays-Bas affichaient les taux les plus élevés au monde pour l'adoption de dossiers médicaux électroniques en matière de soins primaires – 98 pour 100 – comparativement à peine 23 pour 100 pour le Canada¹⁵⁹. Les médecins hollandais étaient également beaucoup plus nombreux à avoir des dossiers électroniques que les Canadiens, ce qui leur permettait de partager l'information avec d'autres médecins (45 pour 100 contre 22 pour 100).

La U.S. Veterans Administration est considérée comme l'un des systèmes de santé les plus efficaces au monde, car elle affiche les meilleurs résultats en matière de qualité¹⁶⁰. Elle dispose d'un système de dossiers universels appelé VistA, qui permet

aux cliniciens de consulter et de modifier les dossiers de santé électroniques à l'échelle de son système répandu sur 400 sites¹⁶¹. Lorsqu'un ancien combattant de la Californie va aux urgences à New York, n'importe quel soignant peut immédiatement consulter l'intégralité de son dossier médical et savoir quels tests de laboratoire, radiographies, médicaments ont été administrés par le passé et s'il a des allergies. Il n'est jamais nécessaire de reproduire un test pour la seule raison que les résultats sont absents. D'après certains chercheurs, la U.S. Veterans Administration a amélioré sa productivité (services en fonction du montant dépensé) de 6 pour 100 par an depuis la mise en place de VistA en 1999¹⁶².

7.5.5 Que fait-on en Ontario?

L'Ontario, comme le reste du Canada, est malheureusement à la traîne en ce qui a trait à la technologie de l'information dans le domaine de la santé – qu'on appelle communément cybersanté. Il nous sera impossible d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé tant que nous n'améliorons pas de manière considérable notre utilisation de la technologie de l'information. Notre incapacité à informatiser signifie que les cabinets médicaux et les hôpitaux ne possèdent pas les systèmes dont ils ont besoin pour emmagasiner les données et gérer et améliorer les soins, et le système de santé dans son ensemble ne peut pas facilement envoyer l'information d'un établissement à un autre.

Toutefois, pendant l'automne 2008, la province a regroupé toutes ses activités de cybersanté dans un seul organisme, Cybersanté Ontario. Cet organisme a pour mission d'ouvrir la voie à la technologie de l'information et à l'innovation pour améliorer les soins de santé, la sécurité et l'accessibilité. L'un de ses objectifs est de créer un fichier de santé électronique pour chaque habitant de l'Ontario d'ici 2015. Les dossiers médicaux électroniques emmagasinent et partagent les données sur la santé au moyen de réseaux numériques protégés. Ils contribuent à éviter les reproductions, les retards et la perte de renseignements et se traduisent par beaucoup moins de gaspillage de temps pour les patients et les soignants.

7.5.6 Étude d'un cas de réussite : Relier les systèmes d'information des hôpitaux aux fournisseurs de soins primaires

Situation : En 2004, le Centre de santé Trillium, de Mississauga, a lancé un projet pour saisir, intégrer et partager l'information provenant de l'hôpital et de l'extérieur. Le système^{††} saisit les données de différents systèmes, les intègre à une base centrale et envoie l'information aux usagers. Étant donné le rôle crucial que les médecins de famille jouent dans la coordination des soins, Trillium voulait les inclure dans son projet et s'est appliqué à construire un lien électronique avec l'Équipe Santé familiale Summerville, qui avait déjà des dossiers médicaux électroniques.

Summerville sert plus de 31 000 patients avec l'aide de 25 médecins et de six infirmières et infirmiers praticiens, ainsi que des infirmières et infirmiers, des travailleurs sociaux, des psychologues, un diététiste

†† Transforming Healthcare into Integrated Networks of Knowledge (THINK).





7.5.7 Que pouvez-vous faire?

Lorsque votre médecin vous recommande de consulter un spécialiste ou de faire un examen, demandez-lui quels renseignements seront envoyés à l'avance. Vous pouvez également demander des copies des documents importants, aussi bien pour votre gouverne et juste au cas où les renseignements ne parviendraient pas au spécialiste en temps voulu. Si l'examen qu'on vous demande de subir a déjà été effectué, n'hésitez pas à en demander la raison.

et un pharmacien clinique, répartis dans plusieurs établissements. L'organisme était un candidat idéal pour le projet, car le ministère de la Santé verse des fonds aux équipes Santé familiale pour la tenue de dossiers électroniques.

Objectif : Éliminer les retards dans l'envoi des rapports médicaux, des résultats des examens et des avis au sujet des admissions ou des visites aux urgences par les patients de Summerville.

Mesures : Temps qu'il faut à l'hôpital pour envoyer les rapports et les résultats au médecin de famille; Réduction de la perte de rapports et des résultats des examens.

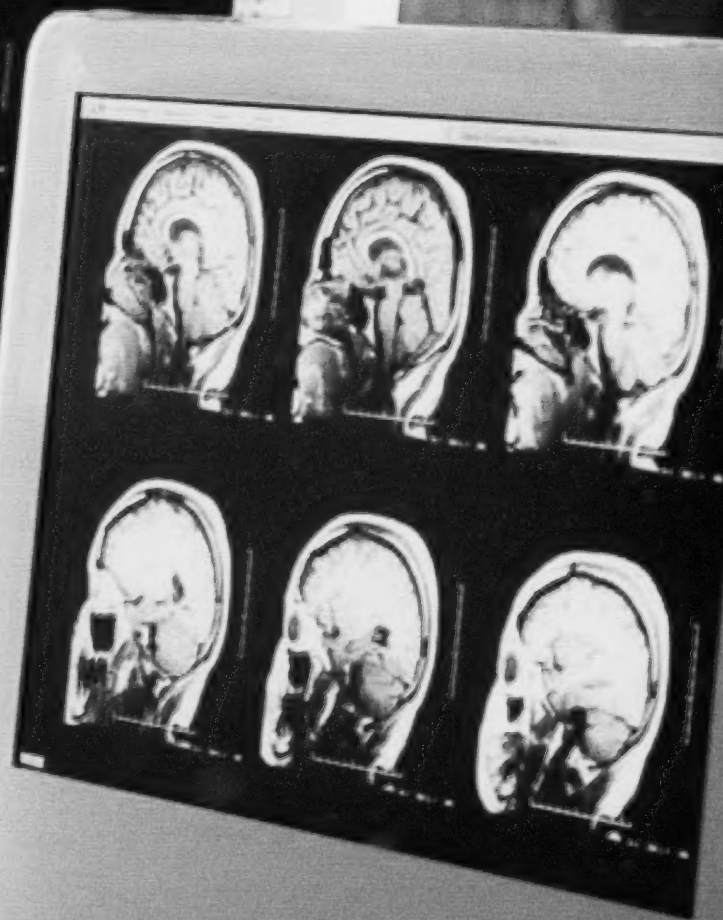
Changements : Trillium a établi le lien électronique et déménagé toutes les données au réseau privé de Cybersanté Ontario,

afin de réduire les coûts associés à la protection et à la sécurité des renseignements personnels. L'organisme a testé la mise en œuvre du système, d'abord auprès d'un médecin de famille volontaire, puis auprès de l'ensemble du groupe, d'abord au moyen de données factices et d'une petite quantité de données réelles, avant de l'appliquer à toutes les données.

Résultats : Selon le personnel de Summerville, le temps requis pour recevoir les résultats des tests et les rapports de l'hôpital est passé de plus d'une semaine à environ cinq minutes entre novembre 2007 et avril 2008. Il n'y a eu aucun incident de perte de rapports ou de résultats d'examens.

Étapes suivantes : Trillium envisage d'élargir le système à d'autres équipes Santé familiale de la région.

8



8 ADÉQUATEMENT OUTILLÉ

Le système de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'informations, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens

8.1 Introduction

Le système de santé est grand et complexe et, comme tous les systèmes de grande envergure, il ne peut être performant que s'il dispose des bonnes personnes, des bons processus et des bons équipements. Nous avons toujours pensé que les ressources du système de santé correspondaient aux sommes d'argent que nous y consacrons et au nombre de personnes que nous formons ou qui travaillent pour le système, ce qui demeure un moyen important de voir les investissements. Toutefois, de plus en plus de grandes entreprises évaluent leurs ressources au moyen de mesures qui permettent de jauger les conditions de travail et la productivité du matériel et de déterminer si le système fonctionne bien. Nous sommes convaincus que cette approche doit être appliquée aux soins de santé également.

Pour ce faire, nous avons examiné :

- le montant total des dépenses consacrées à la santé;
- les changements dont le nombre, la distribution et la composition des soignants ont fait l'objet;
- le système de santé en tant que milieu de travail, y compris si les travailleurs de la santé subissent des blessures et leur niveau de satisfaction à l'égard de leurs fonctions et de leurs conditions de travail.

8.1.1 Principaux points au sujet des ressources

- Les dépenses consacrées à la technologie de l'information et les établissements ontariens l'utilisent de plus en plus, ce qui est encourageant. Toutefois, la plupart des hôpitaux ne peuvent toujours pas communiquer par voie électronique avec les médecins et les organismes de la santé.
- Les médecins de famille de l'Ontario sont beaucoup moins nombreux à utiliser les dossiers médicaux électroniques qu'en Alberta, et encore beaucoup moins nombreux qu'en Europe.
- Très peu de cabinets médicaux qui utilisent des dossiers électroniques le font de manière appropriée pour aider les médecins à faire le suivi des soins et à en améliorer la qualité.
- Les dépenses que l'Ontario consacre à la santé se situent au milieu des dépenses des autres provinces et des territoires en pourcentage des recettes provinciales.
- La province a élargi ses sites de formation des professionnels de la santé et les conséquences de ces mesures se feront ressentir au cours des cinq à 10 prochaines années.
- Au cours des cinq dernières années, le nombre de médecins de famille par habitant s'est accru de 5 pour 100. Le nombre des infirmières et infirmiers praticiens s'est accru à un rythme beaucoup plus rapide.
- Nous devons améliorer la composition et le nombre de fournisseurs de soins primaires et essayer de les répartir de manière plus équitable en tenant compte de la répartition de la population et des besoins en matière de santé. Nous devons également améliorer l'organisation des soignants afin d'accroître l'accessibilité et la qualité des soins.
- Les travailleurs de la santé enregistrent des taux plus élevés de blessure au travail que les travailleurs du bâtiment ou du secteur minier. Les personnes qui travaillent dans les foyers de soins de longue durée et qui prodiguent des soins à domicile affichent les taux de blessure les plus élevés.
- Les médecins et les infirmières et infirmiers affichent un taux d'insatisfaction à l'égard de leur travail supérieur à celui des autres travailleurs.



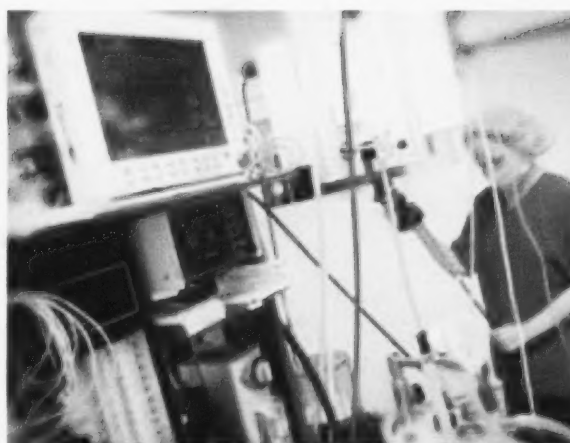
8.2 Dépenses globales

8.2.1 Pourquoi est-ce important?

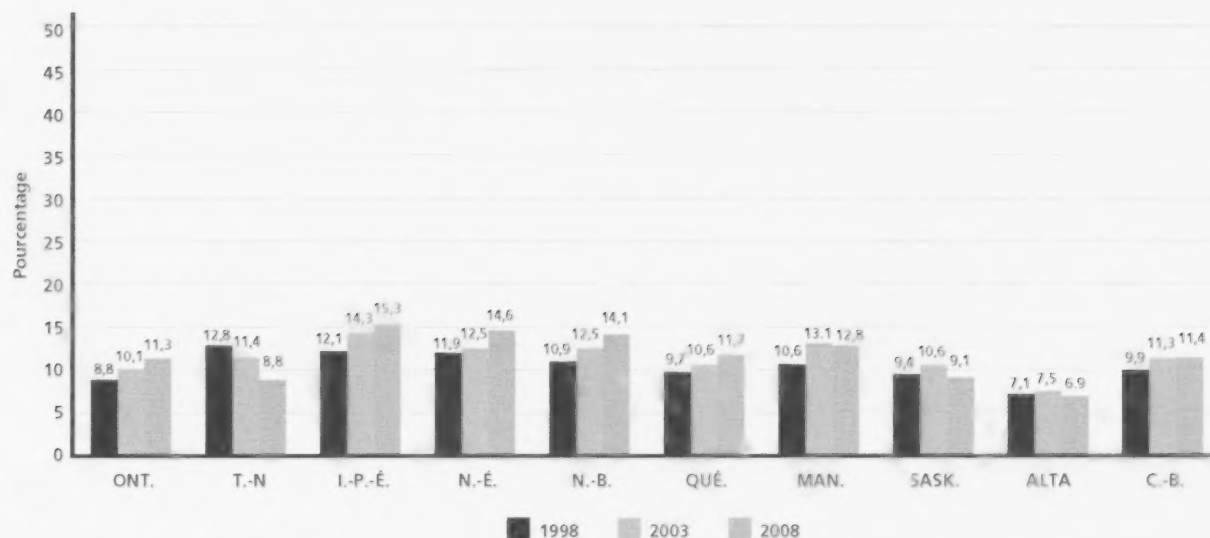
Des ressources financières adéquates sont essentielles à la gestion d'un système aussi complexe et grand qu'est le système de santé. Un moyen de déterminer le coût de l'investissement dans le système de santé est de déterminer à combien s'élève cet investissement en pourcentage de l'avoir total de la province. On le calcule en pourcentage du « produit provincial brut », qui correspond au total des biens et des services produits par l'Ontario.

8.2.2 Qu'avons-nous constaté?

Les dépenses de l'Ontario dans le système de santé continuent d'augmenter et se comparent à celles des autres provinces.



Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut, selon la province, 1998, 2003, 2008* — dollars courants



* Prévisions

Source : ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé*

Le graphique ci-dessus compare le total des dépenses de la santé en pourcentage du produit national brut. En 2008, le gouvernement provincial couvrait environ 60 pour 100 du total des dépenses de la santé de l'Ontario, le reste étant pris en charge par les particuliers ou les assureurs¹⁶³. Le graphique montre qu'en 2008, l'Ontario a consacré un peu plus de 11 pour 100 de son avoir total sur le système de santé, comparativement à un peu moins de 9 pour 100 en 1998. (Le total des dépenses de la santé en pourcentage du produit intérieur brut peut changer en raison de l'évolution des dépenses, mais aussi parce que l'économie provinciale s'est accrue ou rétrécie. C'est pourquoi, par exemple, Terre-Neuve semble dépenser moins – son produit intérieur brut ayant augmenté, le pourcentage que cette province consacre à la santé a proportionnellement diminué. Les dépenses peuvent aussi différer d'une

province à l'autre ou au fil du temps en raison des différentes répartitions par âge, de la densité démographique et de la géographie.). En 2008, les dépenses de santé de l'Ontario par habitant s'établissaient à 5 229 \$ par personne, ce qui le place juste au milieu des provinces et des territoires du Canada¹⁶⁴.

Les comparaisons les plus récentes établies au niveau international datent de 2006. Cette année-là, le Canada se situait à la huitième place en ce qui a trait au total des dépenses de santé parmi les 30 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ces dépenses représentent 10,0 pour 100 du produit intérieur brut, comparé à 15,3 pour 100 pour les États-Unis, 11,0 pour 100 pour la France, 10,6 pour 100 pour l'Allemagne, 8,4 pour 100 pour le Royaume-Uni et 8,1 pour 100 pour le Japon¹⁶⁵.

8.3 Ressources humaines en santé

8.3.1 Pourquoi est-ce important?

Par « ressources humaines en santé », on entend le nombre et la composition des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé. Sans personnel adéquat, les soins risquent d'être retardés ou mal prodigués. Une enquête récente a permis de déterminer que les villes ou les États américains qui avaient une plus forte proportion de médecins en soins primaires obtenaient de meilleurs résultats pour le cancer, les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, la mortalité infantile, les insuffisances de poids à la naissance, l'espérance de vie et l'auto-évaluation en matière de santé¹⁶⁶. Une autre étude de la dotation en personnel infirmier des hôpitaux a conclu que les hôpitaux qui avaient une proportion supérieure d'infirmières et d'infirmiers affichaient des taux de décès inférieurs et moins de crises cardiaques de maladies causées par les soins de santé, y compris la pneumonie acquise à l'hôpital¹⁶⁷.

Mais il ne s'agit pas seulement de citer des chiffres. Les professionnels de la santé qui font partie du personnel et les fonctions dont ils doivent s'acquitter constituent une autre question importante en matière de ressources. Trop souvent, les professionnels exécutent des tâches qui pourraient être effectuées à

moindre coût ou par d'autres personnes. De nombreuses études indiquent que les infirmières praticiennes qui collaborent avec des médecins de famille peuvent soulager leur charge de travail, par exemple en traitant de petites affections, en prodiguant des soins préventifs et des conseils, ce qui libère les médecins qui peuvent ainsi prendre plus de patients ou se concentrer davantage sur les cas difficiles^{168 169 170}. Toutefois, nous devons faire attention de ne pas donner trop de responsabilités aux personnes qui n'ont pas toutes les compétences requises; les études indiquent que lorsqu'on a essayé de procéder ainsi dans le domaine des soins infirmiers en Ontario, les patients hospitalisés ne s'en sortaient pas aussi bien^{171 172}. Obtenir la bonne composition d'employés est une mesure d'équilibre pas facile à atteindre pour les planificateurs de la santé.

La répartition géographique des soignants pose également problème. Donner accès aux soins médicaux aux personnes qui vivent dans de petites localités ou des localités éloignées représente un défi particulier et exige une planification minutieuse et des programmes spéciaux.

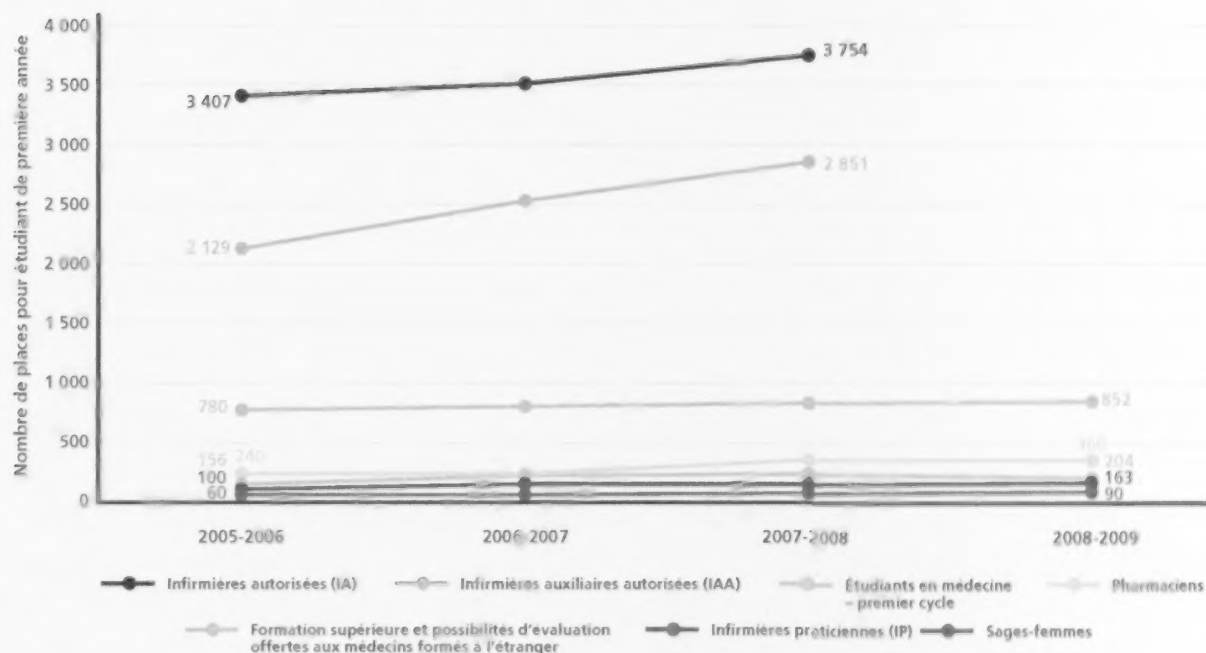
Cette section examine le nombre total de fournisseurs de soins de santé en Ontario, leur répartition à l'échelle de la province et le nombre de personnes qui suivent des programmes d'éducation destinés aux professionnels de la santé en Ontario.



8.3.2 Qu'avons-nous constaté?

L'Ontario continue d'élargir ses programmes de formation et son vivier de travailleurs de la santé.

Nombre de places pour étudiants de première année dans certains programmes en Ontario, années scolaires 2005-2006 à 2008-2009



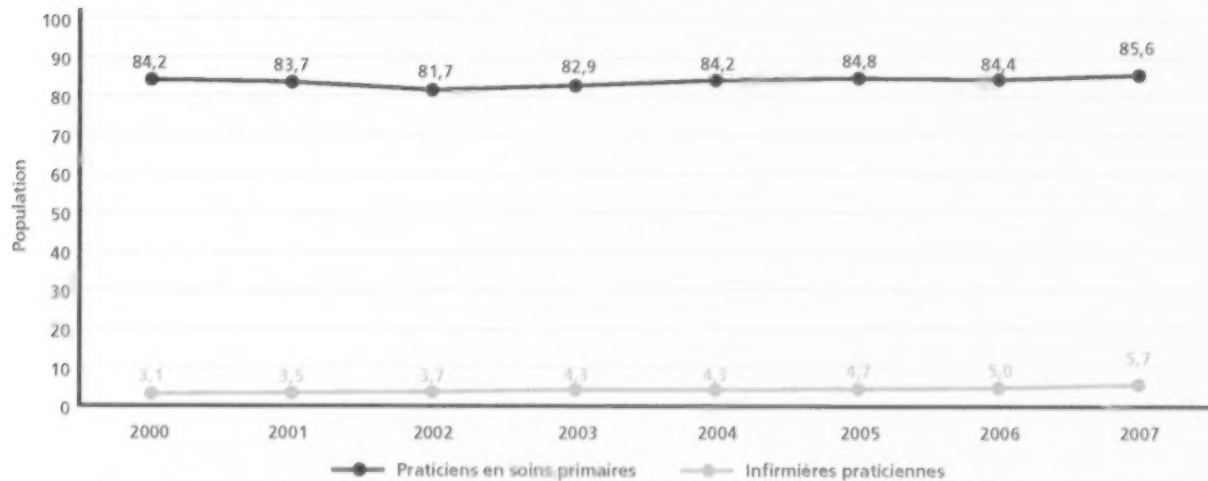
Source: Ministère de la formation et des Collèges et Universités, accepte pour étudiants en médecine - premier cycle et formation supérieure et possibilités d'évaluation offertes aux médecins formés à l'étranger venant de la Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Commentaire: IA et IAA data n'est pas disponible pour 2008-09



Le nombre de postes de formation pour les médecins, infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers praticiens, pharmaciens et sages-femmes s'est accru au cours des dernières années. La hausse subite du nombre d'étudiants en pharmacie en 2007-2008 a suivi l'ouverture de la nouvelle Faculté de pharmacie de l'Université de Waterloo.

Nombre de médecins en soins primaires et d'infirmières praticiennes pour 100 000 habitants en Ontario, 2000-2007

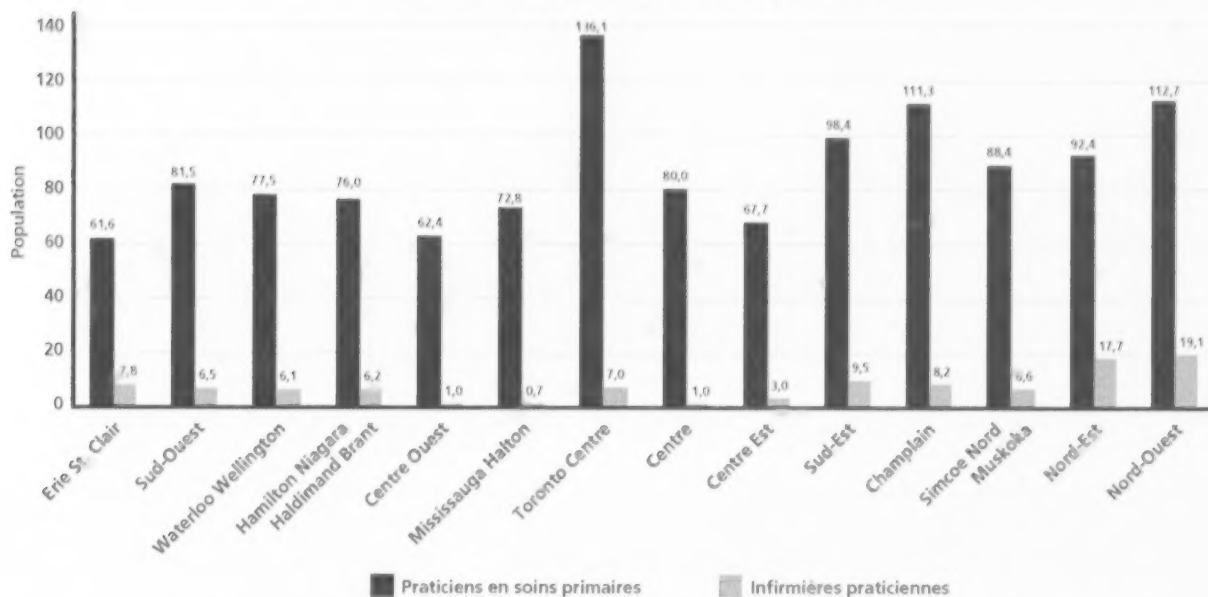


Source : Ontario Physician Human Resources Data Centre; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; calcul effectué par l'Institut for Clinical Evaluative Sciences à l'aide de prévisions démographiques de Statistiques Canada.

En Ontario, le nombre de médecins en soins primaires par habitant a atteint son point le plus bas en 2002, mais s'est accru de 5 pour 100 entre 2002 et 2007. Le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens a presque doublé depuis sept ans, ce qui

est très encourageant. Toutefois, les infirmières et infirmiers praticiens constituent toujours une proportion relativement petite de l'ensemble des professionnels de la santé.

Nombre de médecins en soins primaires et d'infirmières praticiennes pour 100 000 habitants, par région, 2007



Source : Ontario Physician Human Resources Data Centre; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario; calcul effectué par l'Institut for Clinical Evaluative Sciences à l'aide de prévisions démographiques de Statistiques Canada.

Le nombre de médecins en soins primaires et d'infirmières et d'infirmiers praticiens varie considérablement d'une région à l'autre en Ontario. Il est encourageant de constater que les réseaux locaux d'intégration des services de santé du Nord-Est et du Nord-Ouest enregistrent un nombre supérieur à la moyenne

de médecins de famille/médecins généralistes. Cela pourrait être le résultat des nombreux efforts qui ont été déployés pour recruter des médecins dans le Nord¹⁷³, ainsi que par les programmes de formation et de rémunération destinés à encourager les médecins à s'établir dans les régions éloignées¹⁷⁴.



Cependant, les médecins qui exercent dans les régions rurales et éloignées doivent remplir toutes sortes de fonctions, par exemple prodiguer des soins d'urgence et hospitaliers, tâches qui, dans les régions urbaines, relèvent des spécialistes, de sorte que les patients risquent d'avoir de la difficulté à consulter leurs médecins¹⁷⁵. L'ampleur de la région du Nord de l'Ontario peut également signifier que, même avec un nombre de médecins supérieur à la moyenne, beaucoup de régions continuent de manquer de médecins.

Le Nord est la région qui emploie le plus d'infirmières et d'infirmiers praticiens, qui travaillent souvent dans des localités éloignées ou de petite taille, avec le soutien de médecins de famille visiteurs. Dans le Sud, toutefois, il y a encore de grandes variations dans le nombre de médecins et d'infirmières et d'infirmiers praticiens.

8.3.3 Que fait-on en Ontario?

La province règle les problèmes des ressources humaines en santé en prenant un certain nombre d'initiatives dans le cadre de sa stratégie ProfessionsSantéOntario¹⁷⁶:

- la Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers assure un emploi à toute personne nouvellement diplômée en soins infirmiers qui souhaite travailler à temps plein en Ontario;
- l'Initiative ontarienne de recrutement d'auxiliaires médicaux a pour mission de former des gens chargés de travailler aux côtés des médecins pour les soulager dans certaines tâches, par exemple prendre en note les antécédents du patient, prescrire

des examens ou fournir des conseils. Ces auxiliaires médicaux travaillent dans divers établissements de soins.

- L'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario annonce des emplois, et aide les professionnels de la santé formés à l'étranger à obtenir les compétences nécessaires pour exercer en Ontario, les médecins canadiens qui s'étaient établis à l'étranger à revenir au pays et les médecins de localités qui ont besoin d'être remplacés temporairement à se trouver un remplaçant.
- Le Programme des services aux régions insuffisamment desservies offre des incitatifs financiers, une scolarité gratuite et d'autres mesures incitatives pour encourager les soignants à travailler dans les régions rurales ou éloignées.

ProfessionsSantéOntario a porté de 90 à plus de 200 le nombre de places dans les programmes de formation en résidence destinées aux médecins formés à l'étranger. Le gouvernement a également investi 2,3 millions de dollars pour accroître le nombre de places dans les programmes de formation des sages-femmes, qui sera porté à 90 à l'automne 2009.

Les autres initiatives entreprises en Ontario comprennent l'École de médecine du Nord de l'Ontario, dont la première classe a commencé en 2005; les programmes de résidence en milieu rural¹⁷⁷; un programme de formation médicale à Windsor affilié à l'Université de Western Ontario; et la Faculté de pharmacie de l'Université de Waterloo.

8.4 La santé au travail

8.4.1 Pourquoi est-ce important?

L'endroit où nous travaillons a une incidence importante sur notre santé et notre bien-être. Des lieux de travail sûrs et bien organisés tendent à enregistrer moins de blessures professionnelles et des personnes qui sont plus heureuses dans leur travail et ressentent un sentiment général de bien-être, ce qui est important pour un certain nombre de raisons.

L'Ontario compte une population active d'environ 6 000 000 de personnes. Les travailleurs de la santé représentent 5,6 pour 100 de l'ensemble de la main-d'œuvre¹⁷⁸. À titre d'employés et de citoyens, ils ont le droit de s'attendre à un système de santé qui les aide à rester en bonne santé.

Un milieu de travail sain se traduit par une meilleure qualité de soins pour les patients. La recherche indique que lorsque le personnel infirmier est suffisamment nombreux et jouit du soutien de la direction, les patients sont plus satisfaits de leurs soins¹⁷⁹.

Avoir une main-d'œuvre stable est également bon pour le système

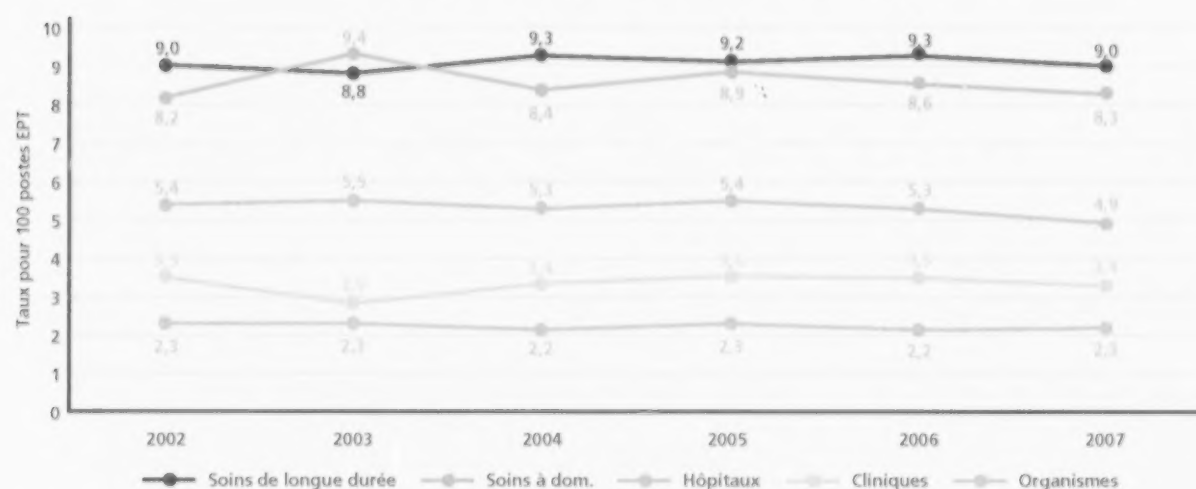
de santé. Les organismes où le niveau de satisfaction est faible enregistrent davantage de roulement de personnel¹⁸⁰ et, lorsque les travailleurs de la santé s'en vont – soit parce qu'ils ont été blessés ou sont insatisfaits – il en résulte des perturbations. Quand un employé s'en va, ceux qui restent ont plus de travail et lorsqu'on fait appel à du personnel temporaire, la continuité des soins et des services s'en trouve perturbée.

Par conséquent, en améliorant la sécurité du lieu de travail et en le rendant plus attrayant, on réduit les coûts et améliore la prestation des soins. Les blessures coûtent cher aux employeurs et lorsque les travailleurs quittent le secteur de la santé, l'investissement qui a été fait dans leur formation par la société est perdu.

8.4.2 Qu'avons-nous constaté?

Les blessures sont fréquentes chez les travailleurs de la santé, surtout ceux qui travaillent dans le secteur des soins de longue durée et des soins à domicile. Environ une infirmière sur quatre dit ne pas avoir le temps de s'acquitter de toutes ses tâches et avoir peu de contrôle sur son milieu de travail.

Blessures déclarées par les plus grands employeurs de la santé en Ontario pour 100 postes EPT en Ontario, 2002-2007



Source : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario (2008).

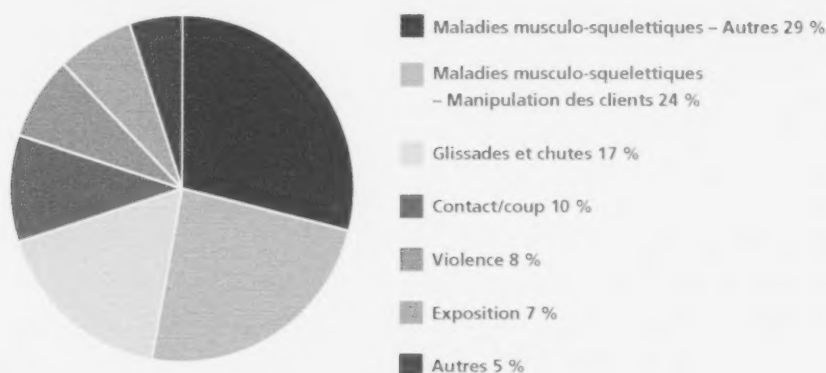
Commentaire : Les blessures comprennent les blessures qui entraînent un arrêt de travail et celles qui n'entraînent pas d'arrêt de travail. En ce qui a trait aux premières, un employé qui s'absente du travail parce qu'il est blessé reçoit des prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. En ce qui concerne la deuxième catégorie de blessures, une blessure est signalée à la Commission, mais il n'y a pas de demande de prestation, soit parce que le travailleur ne s'est pas absenté du travail, ou parce que le coût de l'absence a été pris en charge par l'employeur.

C'est dans le secteur des foyers de soins de longue durée (une blessure pour 11 travailleurs à plein temps par an) et des soins à domicile (une blessure pour 12 travailleurs par an) qu'on enregistre les taux de blessures les plus élevés. Le nombre de blessures dans le secteur des foyers de soins de longue durée et des soins à domicile est presque deux fois plus important que dans les hôpitaux. Les hôpitaux constituent le seul secteur de la santé qui a

réussi à réduire le nombre de blessures professionnelles, ayant enregistré une baisse relative de 10 pour 100 depuis deux ans. Les taux n'ont pas évolué dans les autres secteurs de la santé.

En 2008, le taux de blessures suivies d'un arrêt de travail était plus élevé pour les travailleurs de la santé que pour les travailleurs du bâtiment (2,03 pour 100 contre 1,95 pour 100) et du secteur minier (1,31 pour 100).

Causes de blessures avec arrêt de travail pour les travailleurs de la santé, 2008

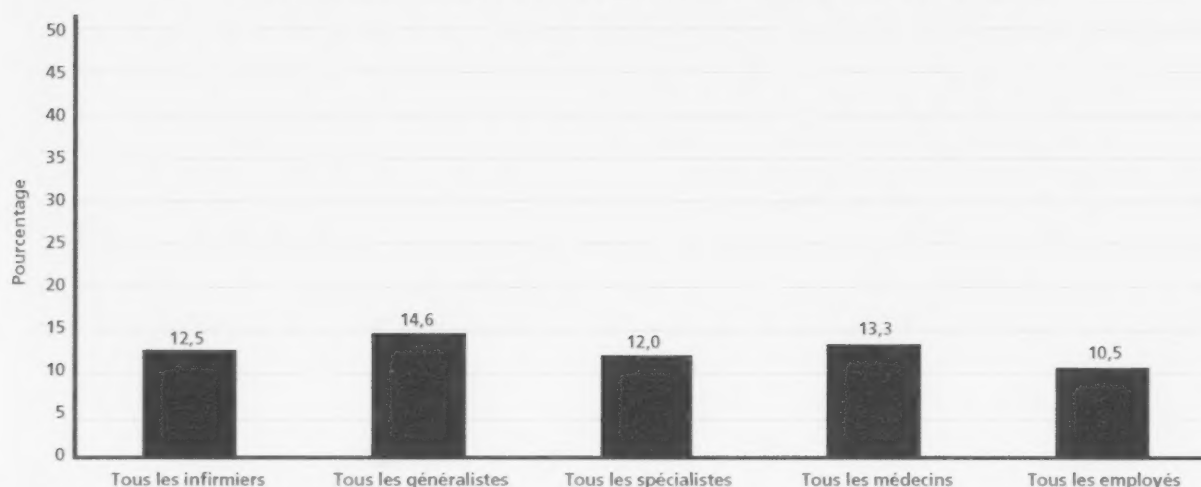


Source : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario (2008).

Ce graphique montre les blessures qui ont entraîné une demande de prestation pour congé de maladie auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. La plupart de ces blessures sont d'origine musculo-squelettique, par exemple maux de dos, dont la plupart sont

attribuables à une manipulation des patients, par exemple soulever ou déplacer un patient. Ce qui nous inquiète, toutefois, c'est qu'une blessure sur 12 est due à des actes de violence contre les travailleurs de la santé.

Pourcentage d'infirmières, de médecins (généralistes/spécialistes) et de l'ensemble des employés insatisfaits de leur travail en Ontario, 2003 (tous), 2005 (personnel infirmier), 2007 (médecins)



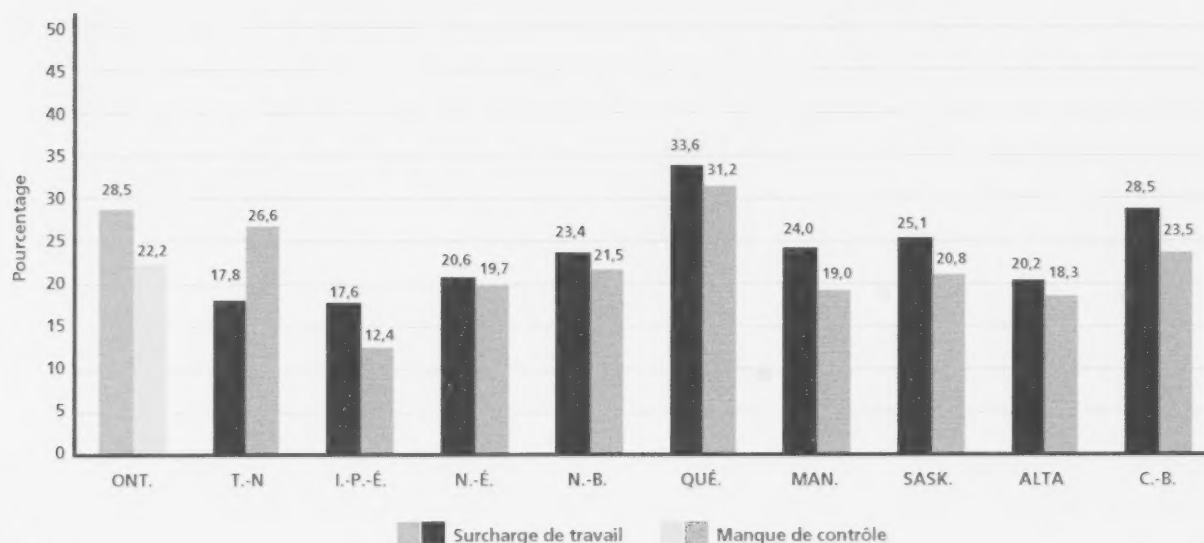
Source : Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005; Enquête nationale auprès des médecins de 2007; Institute for Clinical Evaluative Sciences - CCHS (2003).

Commentaire : L'enquête sur la santé du personnel infirmier et le CCHS reposait sur un barème de quatre points; l'enquête auprès des médecins reposait sur un barème de cinq points.

Les médecins et les infirmières et infirmiers affichent un taux d'insatisfaction à l'égard de leur travail supérieur à celui des

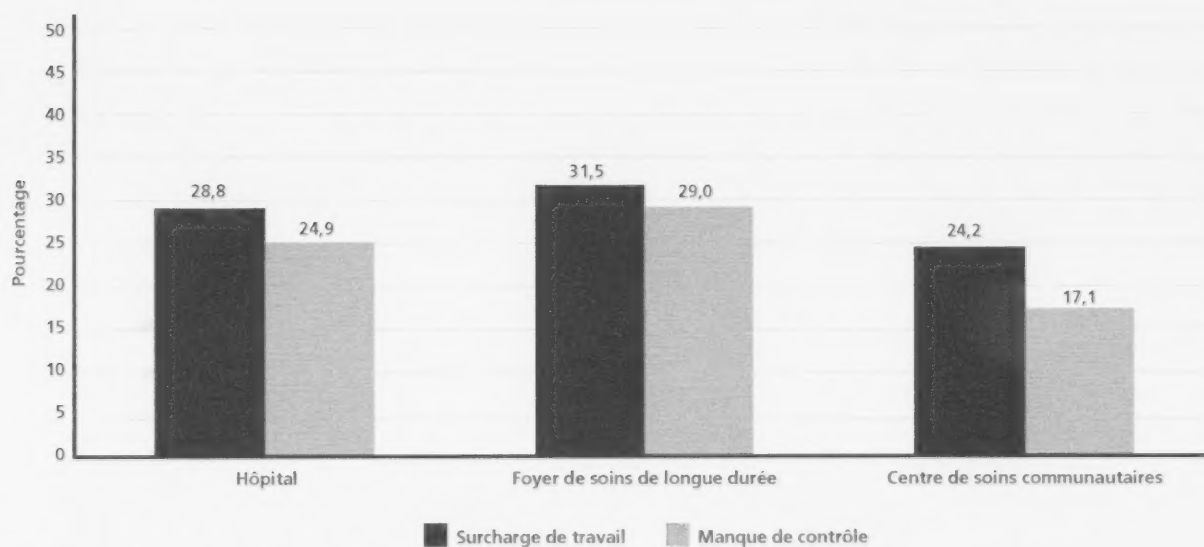
autres travailleurs. Les médecins de famille affichent un taux d'insatisfaction supérieur à celui des spécialistes.

Pourcentage d'infirmières indiquant qu'elles manquent de temps et de contrôle en ce qui a trait à leur travail, en Ontario, 2005



Source : Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005.

Pourcentage d'infirmières indiquant qu'elles manquent de temps et de contrôle en ce qui a trait à leur travail, par province, 2005



Source : Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005.

Certains infirmières et infirmiers ontariens se plaignent du manque de contrôle dans leur travail et de ne pas avoir le temps de s'acquitter de toutes leurs tâches. Les infirmières et infirmiers de l'Ontario sont plus satisfaits que leurs homologues québécois sur ce plan, mais moins que la plupart des de leurs collègues des autres provinces.

Les infirmières et infirmiers qui travaillent dans le secteur des soins de longue durée sont plus nombreux que les autres à se plaindre du manque de temps et de contrôle sur leur environnement. C'est dans les foyers de soins de longue durée qu'on enregistre le plus fort taux de blessures professionnelles.

8.4.3 Pourquoi y a-t-il des problèmes de sécurité dans les organismes de santé?

- **Manque de formation ou d'équipement.** Certaines tâches (par exemple, repositionner les patients, manipuler du matériel contaminé) nécessitent une formation particulière (surtout en ce qui concerne les nouveaux employés ou les employés temporaires); les appareils, notamment ceux qui servent à soulever les patients lourds ou à prévenir les blessures par piqûre d'aiguille, ont également leur importance.
- **Absence de leadership.** Les employeurs qui ne prêtent pas beaucoup d'importance à la sécurité des employés ou qui permettent aux autres de la négliger, ne prêtent peut-être pas attention aux lacunes dans le milieu de travail, comme le manque de mesures de sécurité ou de personnel de sécurité pour protéger le personnel contre les personnes violentes, ou des postes de travail mal conçus.
- **Trop de travail.** Lorsque la charge de travail est trop lourde, les employés risquent de faire leur travail trop et de négliger les mesures de sécurité.

Pourquoi les travailleurs sont-ils insatisfaits?

- **Trop de pression.** Les professionnels de la santé ont souvent le sentiment d'avoir trop à faire, ce qui peut être attribuable au manque de personnel ou à une mauvaise organisation de leur temps.
- **Sentiment d'impuissance.** Les travailleurs de la santé se plaignent souvent de ne pas pouvoir contrôler les décisions, ce qui pourrait être causé par la microgestion ou parce qu'ils doivent obéir à des politiques, procédures ou règlements qui ne sont pas logiques et sur lesquels ils n'ont aucune influence.
- **Manque d'appréciation.** Le secteur de la santé est très exigeant et les gens qui y travaillent ont souvent l'impression de ne pas être appréciés. Certaines personnes pensent qu'il n'y a pas de possibilités de perfectionnement professionnel.

8.4.4 Que fait-on en Ontario?

Le *Programme des milieux de travail sains* comporte des outils et des ressources d'information afin d'améliorer les milieux de travail et de réduire les actes de violence contre les travailleurs de la santé¹⁸¹.

L'Initiative d'acquisition de lève-malades octroie un financement aux hôpitaux et aux foyers de soins de longue durée pour l'achat de lève-malades¹⁷⁶ afin de prévenir les blessures musculo-squelettiques parmi les travailleurs. En 2004-2005, 593 foyers de soins de longue durée et 142 hôpitaux ont reçu des fonds; en 2005-2006, un financement a été également octroyé à 364 foyers et 116 hôpitaux (certains établissements ont reçu des fonds les deux années).

Le ministère du Travail administre le programme *Sécurité au travail Ontario* pour toutes les entreprises, pour toutes les entreprises, et pas seulement dans le secteur de la Santé¹⁸². Les lieux de travail où les travailleurs sont exposés à un risque élevé de blessure sont inspectés plus souvent afin de déterminer s'ils comportent des dangers et s'ils obéissent à la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.

Douze organismes de santé nationaux se sont associés pour créer le programme *Qualité de vie au travail - Collaboration en matière de soins de santé de qualité afin d'améliorer les conditions de travail et la sécurité*¹⁸³. Le programme a mis au point des indicateurs nationaux normalisés afin d'évaluer la qualité des conditions de travail, un réseau d'échange des connaissances pour permettre aux organismes de partager des idées et une liste de méthodes pour faire face aux conditions qui provoquent l'insatisfaction des employés.



8.4.5 Que pouvez-vous faire?

Les employeurs et les employés devraient savoir comment créer des lieux de travail plus sûrs et plus sains. Le Programme des milieux de travail sains du ministère de la Santé et des Soins de longue durée offre des outils et des ressources pour faciliter la tâche : <http://www.professionssanteontario.ca/WhatIsHFO/HWE.aspx>.

8.5 La technologie de l'information

8.5.1 Pourquoi est-ce important?

Les organismes de santé modernes, comme toutes les entreprises modernes, ont besoin de la technologie de l'information pour faire leur travail. Votre médecin et les autres soignants doivent connaître tous vos antécédents médicaux. Sinon, vous risquez de recevoir des soins qui ne produiront pas les résultats escomptés et pourraient vous porter préjudice.

Prodiguer des soins de santé efficaces et de bonne qualité en temps voulu exige de grandes quantités de données. Cela est particulièrement important de nos jours, car les patients passent constamment d'un établissement à un autre et d'un fournisseur de soins à un autre. Il est essentiel que l'information suive les patients pour que le personnel médical dispose des renseignements dont il a besoin pour prendre les bonnes décisions sans avoir à poser aux patients les mêmes questions à chaque fois ou à prescrire des examens qui ont déjà été effectués.

Des centaines d'études indiquent que les systèmes d'information bien conçus se traduisent par des soins plus efficaces et sont également des outils essentiels pour assurer la qualité et la sécurité des soins¹⁸⁴. Ainsi, à titre d'exemple, lorsque les médecins entrent les prescriptions de médicaments dans un ordinateur au lieu de les écrire à la main, il y a moins d'erreurs de médication puisqu'on

élimine les problèmes d'écriture illisible ou de transcription; l'ordinateur décèle les erreurs de dose et signale automatiquement toute interaction ou allergie¹⁸⁵.

Il faut savoir qu'il existe deux types de dossiers électroniques. Les dossiers médicaux électroniques sont utilisés dans les hôpitaux et les cabinets médicaux. Essentiellement, ce sont des sources d'information autonomes qui ne sont pas connectées à un réseau plus vaste, mais ils sont beaucoup plus efficaces que les dossiers papier. Ils permettent aux médecins de famille, par exemple, de mieux gérer les patients atteints de maladies chroniques en leur rappelant les médicaments ou les traitements dont ces patients ont besoin ou quand ceux-ci doivent se soumettre à une analyse de laboratoire¹⁸⁶.

Les dossiers de santé électroniques vont au-delà et permettent de partager les antécédents médicaux et les renseignements, par exemple les résultats d'analyse, entre fournisseurs, tout en protégeant les renseignements. Un véritable dossier de santé électronique reconnaît que les patients ont un droit fondamental à l'égard de leurs renseignements de santé et leur permet d'y accéder afin qu'ils puissent participer activement à leurs propres soins.

Cette année, nous examinons l'utilisation de la technologie de l'information dans des cadres différents, y compris les cabinets de médecins en soins primaires.

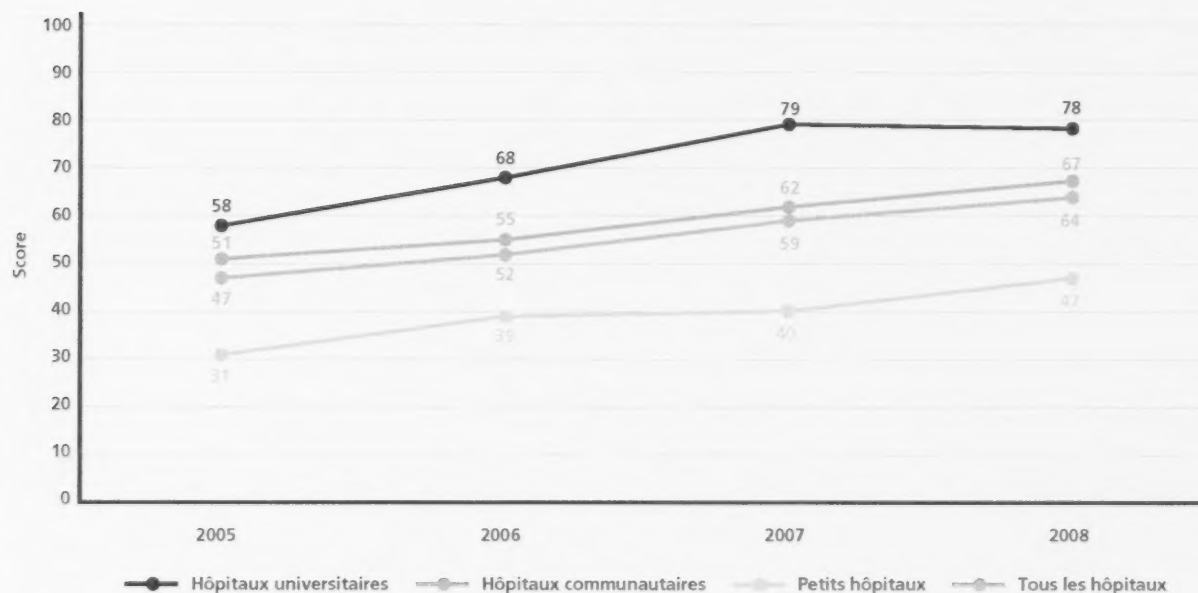


8.5.2 Qu'avons-nous constaté?

Il y a eu quelques améliorations dans l'utilisation que font les hôpitaux de la technologie de l'information, mais la plupart des hôpitaux ne peuvent toujours pas communiquer de manière électronique avec les médecins et les organismes médicaux. L'Ontario est bien loin derrière l'Alberta et d'autres pays en ce qui a trait à l'utilisation des dossiers électroniques en soins primaires et la plupart des systèmes n'ont pas toutes les fonctions de base qui contribuent à améliorer la qualité. Nous devrions nous inspirer de pays comme les Pays-Bas, où de nouveaux systèmes informatisés ont été conçus pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.



Score (par 100) attribué à certains hôpitaux de soins actifs sur le plan de la technologie de l'information clinique par type d'hôpital, 2005-2008

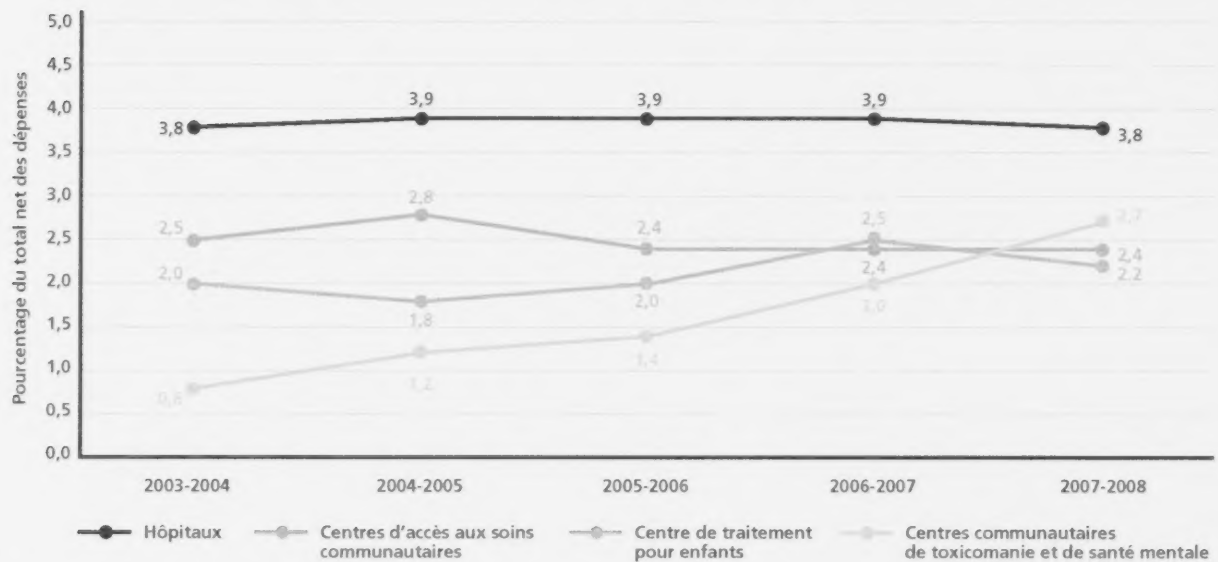


Source : Rapport sur les hôpitaux 2005 : Acute Care System Integration and Change Technical Summary; Rapport sur les hôpitaux 2006 : Acute Care System Integration and Change Technical Summary; Rapport sur les hôpitaux 2007 : Acute Care System Integration and Change Technical Summary; Hospital e-Scorecard Report 2008: Acute Care.

Les rapports sur les hôpitaux de l'Ontario notent les hôpitaux sur la manière dont ils utilisent la technologie de l'information et selon l'importance de leurs systèmes; une note parfaite de 100 signifierait que chaque aspect des soins et de l'administration est géré par voie électronique. En 2008, la note moyenne pour l'utilisation clinique de la technologie de l'information dans les hôpitaux était de presque un tiers plus élevée qu'en 2005. Toutefois, les petits hôpitaux sont beaucoup plus en retard que les grands hôpitaux communautaires en ce qui a trait à la technologie de l'information. Les hôpitaux universitaires sont ceux qui s'en sortent le mieux, mais tous n'ont pas adopté entièrement la technologie de l'information et cela ne s'est pas amélioré au cours de l'année écoulée.

L'une des faiblesses actuelles des hôpitaux est leur incapacité de partager les données avec d'autres fournisseurs de soins de santé. Le sondage sur l'adoption de la cybersanté mené en 2008 par l'Association des hôpitaux de l'Ontario¹⁸⁷ indique que la plupart des hôpitaux peuvent désormais partager l'information tels les images de diagnostic et les résultats de laboratoire à l'intérieur de l'hôpital. Toutefois, moins de 20 pour 100 des hôpitaux possèdent la capacité de partager des renseignements de base comme les résumés de sorties avec les médecins ou les organismes de la communauté, dont les centres d'accès aux soins communautaires qui organisent les soins à domicile et d'autres services pour les patients. Cela demeure une grande faiblesse dans notre capacité de communiquer l'information à l'échelle du système.

Dépenses nettes associées aux systèmes d'information et de communication en pourcentage du total net des dépenses dans certains secteurs de la santé en Ontario, 2003-2004 à 2007-2008

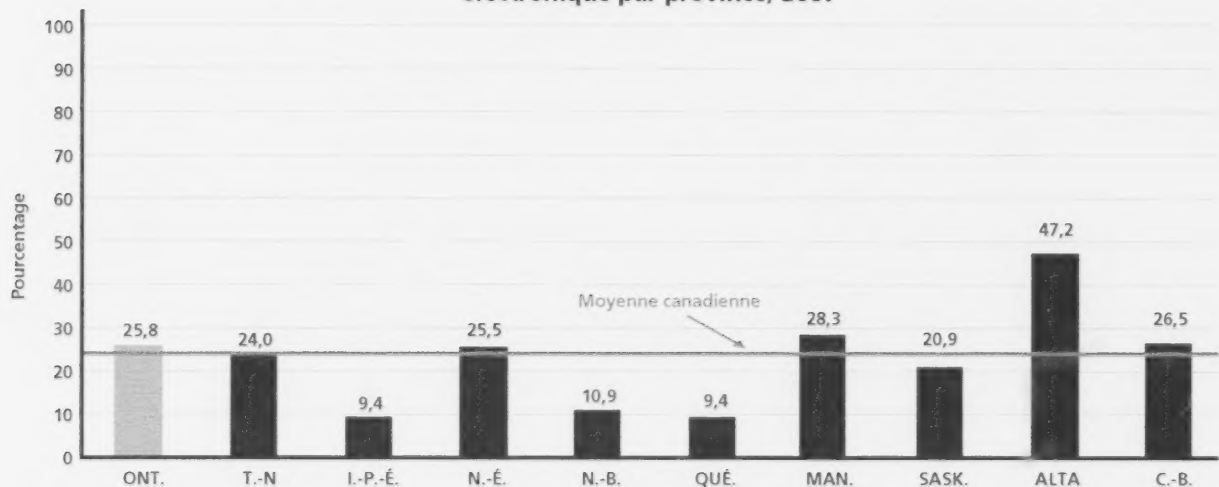


Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Les hôpitaux de soins actifs investissent environ 4 pour 100 de l'ensemble de leurs dépenses dans la technologie de l'information. Les dépenses consacrées à la technologie de l'information dans le domaine des soins psychiatriques se sont accrues rapidement, ce qui est très encourageant. Il est difficile de déterminer le montant qu'il faudrait consacrer à la technologie de l'information, mais à titre de comparaison, l'industrie des

finances, qui fait aussi un usage intensif des données informatisées, consacre près de 7 pour 100 de l'ensemble des revenus à la gestion de l'information^{188 189}. Les clients des banques peuvent accéder à leurs données bancaires à partir de n'importe quelle agence bancaire ou sur Internet, mais les dossiers des usagers du secteur de la santé sont confinés dans des établissements ou cliniques sans être reliés à d'autres organismes.

Pourcentage de médecins de famille qui utilisent des dossiers médicaux électronique par province, 2007

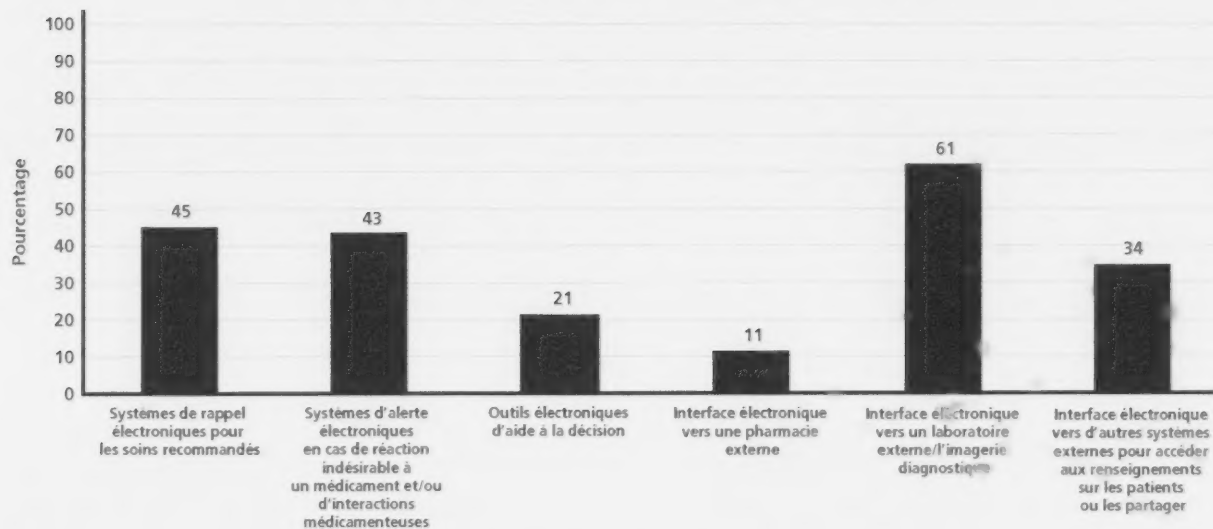


Source : Enquête nationale auprès des médecins 2007. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Globalement, le taux d'utilisation de la technologie de l'information dans le domaine des soins primaires en Ontario est proche de la moyenne nationale, mais est très loin derrière l'Alberta, qui affiche

près du double de la proportion de médecins de famille dotés de dossiers informatisés (26 pour 100 contre 47).

Pourcentage de médecins de famille qui utilisent des dossiers médicaux électroniques pour améliorer la qualité de soins, 2007



Source : Enquête nationale auprès des médecins 2007. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.



Le fait que si peu de médecins de famille en possession de dossiers médicaux électroniques les utilisent pleinement pour améliorer la qualité nous inquiète. Selon une enquête nationale menée en 2007, peu de médecins ayant des dossiers médicaux électroniques les utilisent pour communiquer avec les pharmacies. Un peu moins de la moitié utilisent des systèmes d'alerte pour les prévenir dans des situations critiques, par exemple des mauvaises interactions de médicaments, et moins de la moitié les utilisent pour rappeler aux patients qu'ils doivent revenir au cabinet ou effectuer des examens. Seulement 21 pour 100 utilisent des outils de décision qui rappellent aux médecins quels sont les médicaments ou traitements recommandés pour différentes conditions médicales. La majorité des médecins de famille

qui ont des fichiers électroniques ont des liens externes pour télécharger les renseignements des laboratoires, ce qui est une étape dans la bonne direction, mais on peut encore beaucoup améliorer les choses.

Depuis que cette enquête a été effectuée, l'Ontario a financé des dossiers médicaux électroniques pour un nombre supplémentaire de 1 172 médecins de famille¹⁹⁰ (environ 11 pour 100 de l'ensemble des médecins de famille). Cela réduira, mais n'éliminera pas l'écart avec l'Alberta, d'autant moins que depuis, cette province a commencé la phase suivante d'élargissement de ses dossiers électroniques¹⁹¹.

8.5.3 Pourquoi la mise en place de dossiers de santé électroniques prend-elle autant de temps?

- **Coût.** Les ordinateurs et les logiciels spécialisés peuvent coûter cher. Si on ajoute au coût de la formation, de l'entretien et des améliorations, le temps qu'il faut pour informatiser un cabinet et les perturbations que cela cause, les médecins peuvent penser que les dossiers électroniques n'en valent pas la peine.
- **Crainte des problèmes.** Tous les avantages des ordinateurs sont perdus lorsqu'ils tombent en panne et les cabinets de soins primaires débordés sont en droit de se poser des questions sur la manière dont ils feraient face aux problèmes techniques.
- **Imperfection du système.** La technologie de l'information n'est pas bien établie dans le système de santé de l'Ontario – il n'y a pas de système provincial d'information pour les orientations, l'imagerie diagnostique ou les résultats de laboratoire, et la plupart des ordinateurs des hôpitaux et des cabinets médicaux ne peuvent pas communiquer entre eux. Beaucoup de médecins attendent la mise au point de nouveaux éléments de l'infrastructure de la technologie de l'information.

8.5.4 Pratiques exemplaires

L'Alberta devance de loin toutes les autres provinces en ce qui a trait à l'utilisation des dossiers médicaux électroniques. Elle s'affaire également à donner aux patients l'accès à leurs dossiers en ligne, bien que cela se produise graduellement, en commençant par les dossiers de vaccination. Plusieurs pays font beaucoup mieux que l'Ontario. Une enquête menée en 2006¹⁹² a établi que 98 pour 100 des médecins en soins primaires des Pays-Bas utilisent des dossiers médicaux électroniques, comme le font 92 pour 100 des médecins de la Nouvelle-Zélande, 89 pour 100 des médecins du Royaume-Uni et 79 pour 100 des médecins de l'Australie, comparativement à seulement 23 pour 100 au Canada. Il est préférable de mettre en place la technologie de l'information lorsque des incitatifs financiers sont en place comme cela s'est fait aux Pays-Bas et au Royaume-Uni¹⁹³.

L'enquête de 2006 a permis également d'établir que les médecins canadiens ayant des dossiers électroniques sont beaucoup plus nombreux que les médecins hollandais à mettre en place des alertes informatisées des problèmes de médication éventuels (10 pour 100 contre 93 pour 100) ou à utiliser l'ordinateur pour prescrire des médicaments (11 pour 100 contre 85 pour 100), ou pour vérifier les résultats des analyses (27 pour 100 contre 78 pour 100). Les médecins canadiens sont beaucoup moins nombreux que les médecins britanniques à utiliser l'ordinateur pour envoyer des rappels aux patients pour les soins de suivi, comme les tests de dépistage du cancer (8 pour 100 contre 93 pour 100), ou pour obtenir certaines informations, dont la proportion de patients atteints du diabète capables de contrôler leur taux de glycémie (24 pour 100 contre 78 pour 100).

8.5.5 Que fait-on en Ontario?

OntarioMD est une filiale de l'Ontario Medical Association et reçoit des fonds du ministère de la Santé et des Soins de longue

durée de l'Ontario. Ce programme verse des fonds et offre un soutien technique aux médecins de famille pour les aider à mettre en place des dossiers médicaux électroniques. Le financement est toutefois limité à certains types de cabinets médicaux⁹⁸ qui représentent seulement 30 pour 100 des médecins¹⁹⁴. Le programme offre également à tous les médecins des services de soutien pour la décision sur le Web. Le programme a dépensé 150 millions de dollars au cours des quatre dernières années. L'Alberta dépense 32 millions de dollars par an sur les dossiers de santé électroniques¹⁹⁵, ce qui est plus que le double de ce que l'Ontario investit par médecin.

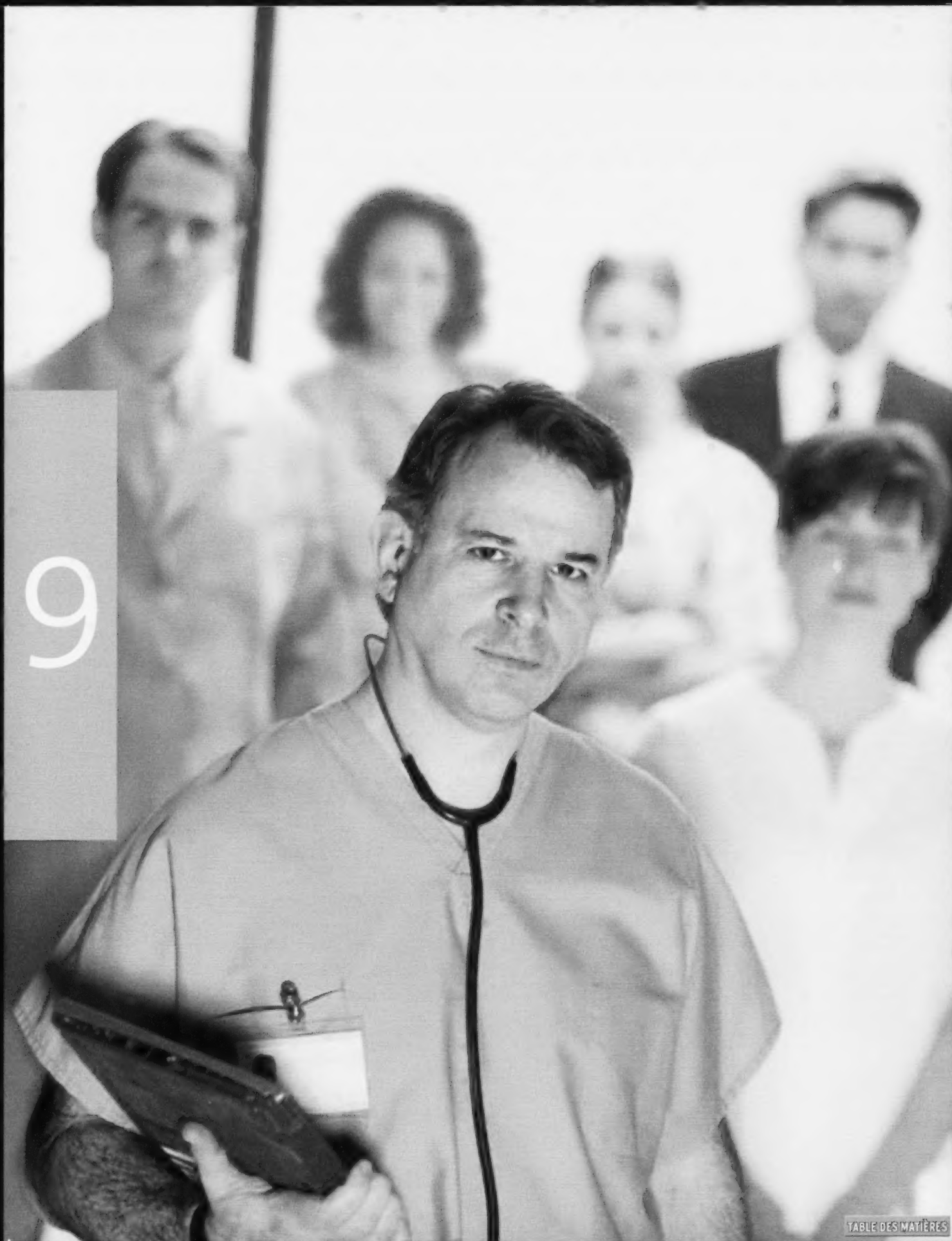
En juillet 2008, le gouvernement de l'Ontario a annoncé sa stratégie provinciale de lutte contre le diabète et a promis 150 millions de dollars sur quatre ans pour créer un registre du diabète¹⁹⁶. La mise en place du registre devrait commencer dans le courant du printemps 2009. Il donnera aux personnes atteintes du diabète accès à des renseignements électroniques et à des outils éducationnels pour les aider à gérer leurs soins. Les médecins utiliseront le registre pour consulter les dossiers des patients, accéder à des renseignements de diagnostic et envoyer des alertes aux patients.

Cybersanté Ontario, dont il est question à la section 7.4.5, a pour mission de créer des dossiers de santé électroniques pour tous les Ontariens d'ici 2015¹⁹⁷. Il est bon d'avoir une date précise, mais nous n'avons pas encore tous les détails de la manière dont cet objectif sera réalisé. Afin de préserver les deniers publics, il faudra que le produit final soit clairement défini, établir des étapes de suivi des progrès et présenter des rapports sur la manière dont le projet évolue. Nous nous attendons également à ce que le public ait la possibilité de donner son point de vue en ce qui a trait à la conception et à la mise en œuvre du registre.



§§ Les types d'organismes qui produisent des soins primaires admissibles à un financement sont : Réseaux Santé familiale (RSF), Organisations de services de santé (OSS), Réseaux de soins primaires (RSP), Organismes de services de santé familiaux (OSSF), Northern Group Funding Plans (NGFP), Programme de contrats communautaires, les Group Health Associates à Sault Ste. Marie, The Queen's Family Health Unit, Groupes Santé familiale (GSF) et Équipes Santé familiale (ESF).

9



9 INTÉGRÉ

Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité.

9.1 Introduction

Beaucoup de patients, surtout ceux qui ont des maladies chroniques et ont souvent plusieurs problèmes, sont pris en charge par divers soignants, dans des organismes différents. C'est la raison pour laquelle les soins doivent être intégrés pour être efficaces; cela nécessite le transfert sans anicroche des informations et des patients entre soignants et établissements. Le manque de coordination, notamment au niveau de l'information, peut nuire à la qualité des soins, accroître le risque d'erreurs médicales et accroître les coûts.

Cette année, nous étudions la manière dont les soins sont intégrés entre l'hôpital ou le service des urgences et la communauté, et entre l'hôpital et un centre de rééducation, les soins à domicile ou le médecin de famille.

Nous examinons également la façon dont le système de soins primaires est organisé en demandant aux adultes plus gravement malades qu'elle a été leur expérience et en faisant des comparaisons avec ce qui se passe dans d'autres pays.

9.1.1 Principaux points au sujet de l'intégration des soins

- Le système de santé de l'Ontario a du mal à intégrer les soins. Les patients ont de la difficulté à obtenir les renseignements et à assurer les services de suivi dont ils ont besoin à la sortie de l'hôpital.
- Beaucoup trop de personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral ne sont pas orientées dans un service de rééducation alors que cela pourrait améliorer leurs chances de guérison.
- Certains types de fractures sont le signe d'une éventuelle ostéoporose (maladie qui entraîne une fragilité des os), mais les personnes victimes de telles fractures subissent rarement un examen qui permettrait de diagnostiquer cette maladie. Les tests de dépistage permettraient de traiter les gens plus tôt et d'éviter de futures fractures.
- Les quatre mesures que nous avons étudiées sont autant intégrées en Ontario que dans d'autres pays, c'est-à-dire pas très bien. L'intégration et la coordination des soins posent des problèmes pour tous les systèmes de santé.



9.2 Assurer la transition entre l'hôpital et d'autres services : préparer les patients à quitter l'hôpital

9.2.1 Pourquoi est-ce important?

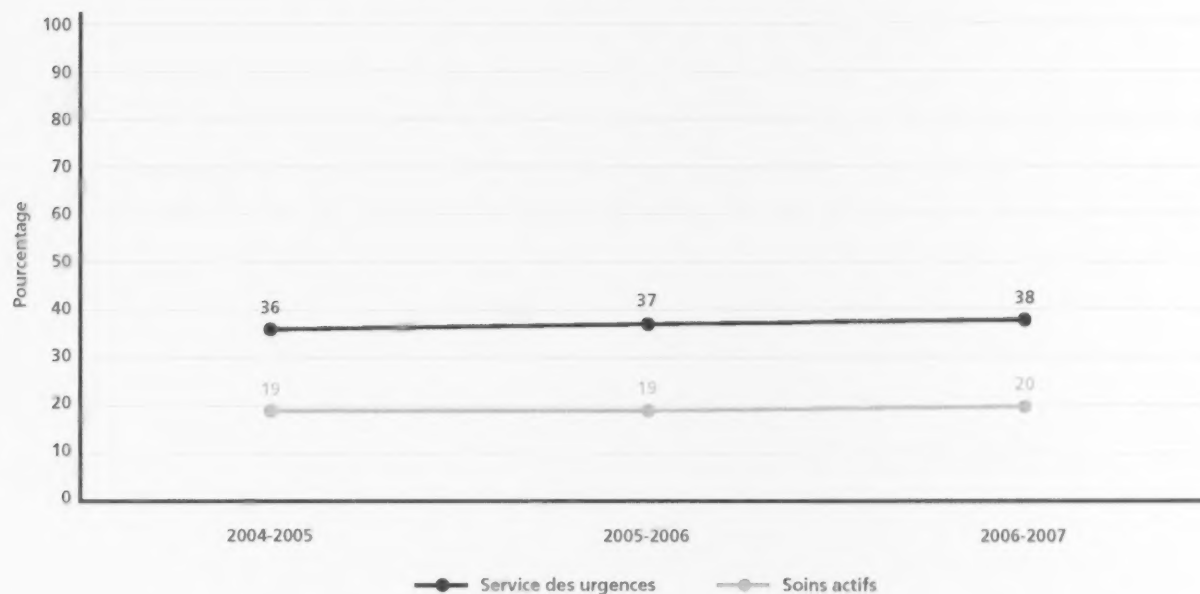
Les patients sont fragilisés lorsqu'ils vont d'un établissement à un autre, par exemple lorsqu'ils quittent l'hôpital ou les urgences¹⁹⁸. Ces périodes de transition comprennent généralement des soins de suivi pour aider les patients à faciliter la guérison. Les patients doivent savoir ce qu'ils doivent faire si leur état s'aggrave, ou s'ils développent une complication à cause d'un traitement qui leur a été administré par exemple une infection, un saignement ou une réaction allergique. Pour en avoir le cœur net, nous avons demandé si les patients savaient qui ils devaient contacter en cas de problème ou de question.



9.2.2 Qu'avons-nous constaté?

Toutes les personnes qui quittent l'hôpital ou les urgences devraient savoir qui elles doivent appeler si elles ont un problème. Toutefois, un patient sur cinq qui quitte l'hôpital et une personne sur trois qui quitte les urgences n'avaient pas ce renseignement. Cette situation ne s'est pas améliorée au cours des trois dernières années.

Pourcentage d'Ontariens qui ont quitté le service des urgences sans savoir qui contacter s'ils avaient besoin de soins ou des questions, 2004-2005 à 2006-2007



Source : Enquêtes Picker Acute Care et ED, 2004-2005 à 2006-2007.

9.2.3 Pourquoi les patients ne savent-ils pas vers qui se tourner pour se faire soigner après leur sortie de l'hôpital?

- **Esprit préoccupé.** Le personnel de l'hôpital leur a dit peut-être ce qu'ils devaient savoir, mais les patients oublient, car ils sont malades et stressés.
- **Difficultés de communication.** Beaucoup de patients ont de la difficulté à s'exprimer ou ont des problèmes de lecture, ou trouvent simplement les instructions trop difficiles à comprendre.

- **Absence de lignes directrices.** Les hôpitaux devraient établir des protocoles standard pour le processus de sortie, voire même des instructions imprimées pour le suivi, mais tous ne le font pas.

9.2.4 Que peut-on faire pour mieux préparer les patients avant qu'ils quittent l'hôpital?

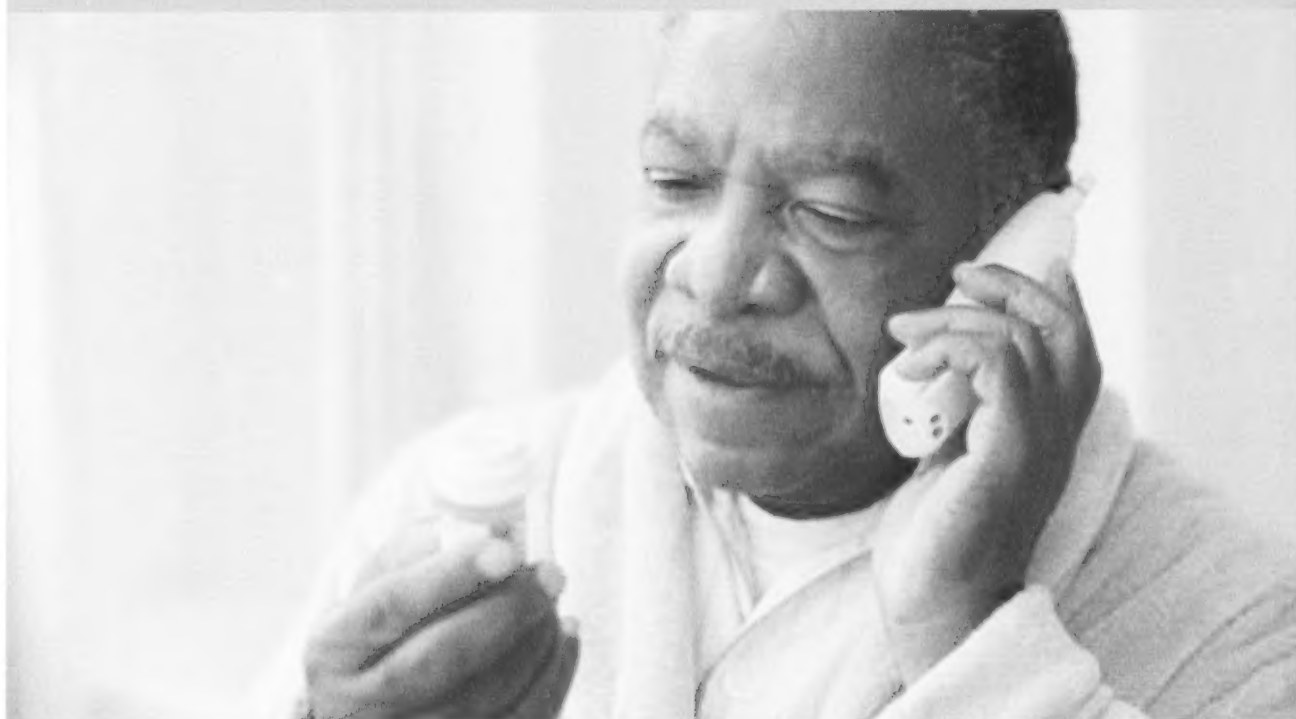
Nous n'avons pas pu trouver d'exemples de patients sortis de l'hôpital en sachant qui ils devaient contacter, mais la recherche indique que les patients ont davantage tendance à se rappeler les instructions lorsqu'elles leur sont présentées par écrit plutôt que par voie orale¹⁹⁹.

9.2.5 Que pouvez-vous faire?

Lorsque vous sortez d'un hôpital de soins actifs ou des urgences, assurez-vous qu'on a répondu à toutes vos questions, demandez si vous avez besoin de soins de suivi et quels sont les numéros à contacter le cas échéant. Il est conseillé de demander ces renseignements par écrit parce que vous pourriez être plus stressé et fatigué que vous ne le réalisiez.

Il est également important de consulter votre médecin de famille après une hospitalisation afin de vous assurer que vous comprenez tous les deux le plan de suivi de l'hôpital et que vous êtes d'accord avec lui. Si vous n'avez pas de médecin traitant, demandez à l'hôpital s'il prodiguera les soins de suivi requis. Dans la négative, demandez au personnel de l'hôpital où vous pouvez obtenir ces soins et comment il procédera pour que votre dossier médical soit communiqué à une clinique sans rendez-vous ou à un autre établissement de soins communautaires.

Que vous ayez un médecin de famille ou non, en cas d'urgence composez le 9-1-1. En cas de doute au sujet des soins dont vous avez besoin, vous pouvez appeler Télésanté Ontario au numéro 1 866 797-0000 et parler à une infirmière au sujet de vos symptômes et de ce que vous devez faire.





9.3 Assurer la transition entre l'hôpital et d'autres services

9.3.1 Pourquoi est-ce important?

Le manque d'intégration des soins de santé signifie que la coordination tend à être perturbée au point de transition – lorsque les patients passent d'un service à l'autre. Si les renseignements ne suivent pas pendant la transition, les patients risquent de ne pas obtenir les soins dont ils ont besoin.

Cette année, nous avons examiné plusieurs transitions importantes pour les patients. L'une concerne le nombre de patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux qui quittent l'hôpital pour se rendre à un centre de rééducation. Les accidents vasculaires cérébraux constituent la troisième cause de décès au Canada (les problèmes cardiaques sont la première et le cancer la deuxième). Plus de 40 pour 100 des personnes qui survivent à un accident vasculaire cérébral ont des séquelles plus ou moins graves et 10 pour 100 sont tellement handicapées qu'elles doivent être admises dans un foyer de soins de longue durée²⁰⁰. Les accidents vasculaires cérébraux coûtent à l'économie canadienne plus d'un milliard de dollars par an, en plus des conséquences que subissent les patients, les familles et les amis²⁰¹. Les études indiquent que les services de rééducation réduisent le taux d'invalidité grave et la perte d'indépendance de cinq points de pourcentage²⁰² et la guérison s'en trouve améliorée si la rééducation commence dans les sept jours qui suivent l'accident²⁰³.

Évaluer le temps qu'il faut à une personne qui quitte l'hôpital pour obtenir des soins à domicile est un autre moyen de mesurer l'intégration et la continuité des soins. Un patient qui ne peut pas obtenir des soins à domicile en temps voulu est obligé de rester à

l'hôpital où sa guérison prendra plus de temps s'il ne reçoit pas les soins dont il a besoin chez lui. C'est la première année que nous examinons les attentes pour les soins à domicile. Il s'agit de la première étape vers un rapport complet sur la situation des soins à domicile en Ontario que nous envisageons de publier pendant l'automne 2009.

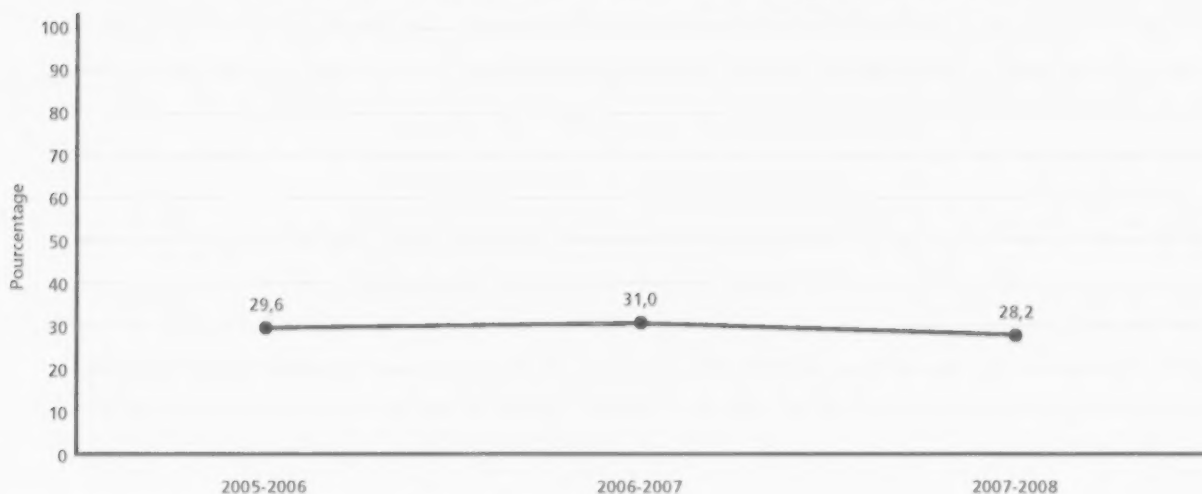
Nous avons également évalué l'intégration en examinant la situation des adultes âgés de 50 ans et plus qui ont subi une fracture de la hanche, des côtes, de la colonne vertébrale, du bras, de l'épaule, du bassin ou de la jambe, ou une autre fracture par suite d'un accident peu grave, comme une chute. De telles fractures peuvent signaler une ostéoporose. L'ostéoporose cause environ 57 000 fractures par an en Ontario, ce qui coûte à la province quelque 500 millions de dollars en hospitalisation et soins de longue durée²⁰⁴. Nous avons examiné les personnes victimes de fractures probablement dues à l'ostéoporose afin de déterminer combien parmi ces personnes avaient été examinées au cours des six mois précédents.

9.3.2 Qu'avons-nous constaté?

Malgré les dommages causés par les accidents vasculaires cérébraux, trop peu de personnes qui en sont victimes sont admises dans les établissements de rééducation pour obtenir les soins dont elles ont besoin.

L'ostéoporose affecte plus d'un demi-million d'Ontariennes et d'Ontariens et constitue la plus grande cause de fractures des os chez les personnes de 50 ans et plus. Pourtant, il est rare que les médecins recommandent à leurs patients de faire un test de densitométrie osseuse.

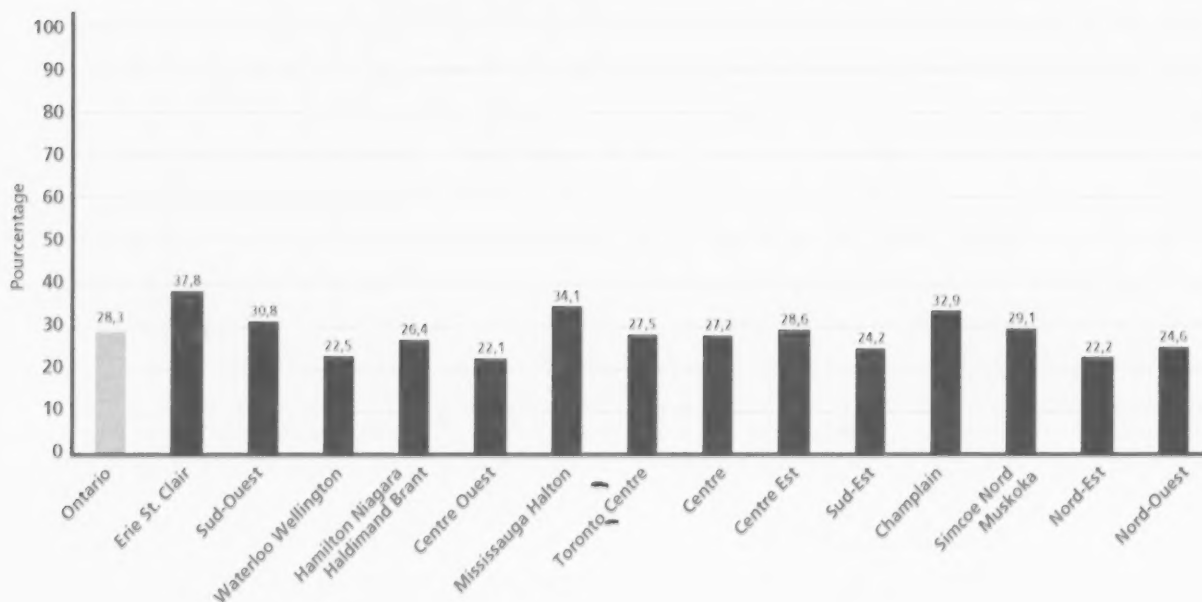
Pourcentage de patients ontariens admis dans un centre de rééducation après avoir été hospitalisés pour un AVC en Ontario, 2005-2006 à 2007-2008



Source : *Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé.*

Environ 30 pour 100 des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral sortent de l'hôpital de soins actifs pour être admis dans un centre de rééducation – ce pourcentage n'a pas évolué depuis 2005-2006. Ces résultats sont trop faibles; selon les lignes directrices actuelles, 60 pour 100 des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral devraient être admises dans un établissement de rééducation²⁰⁵.

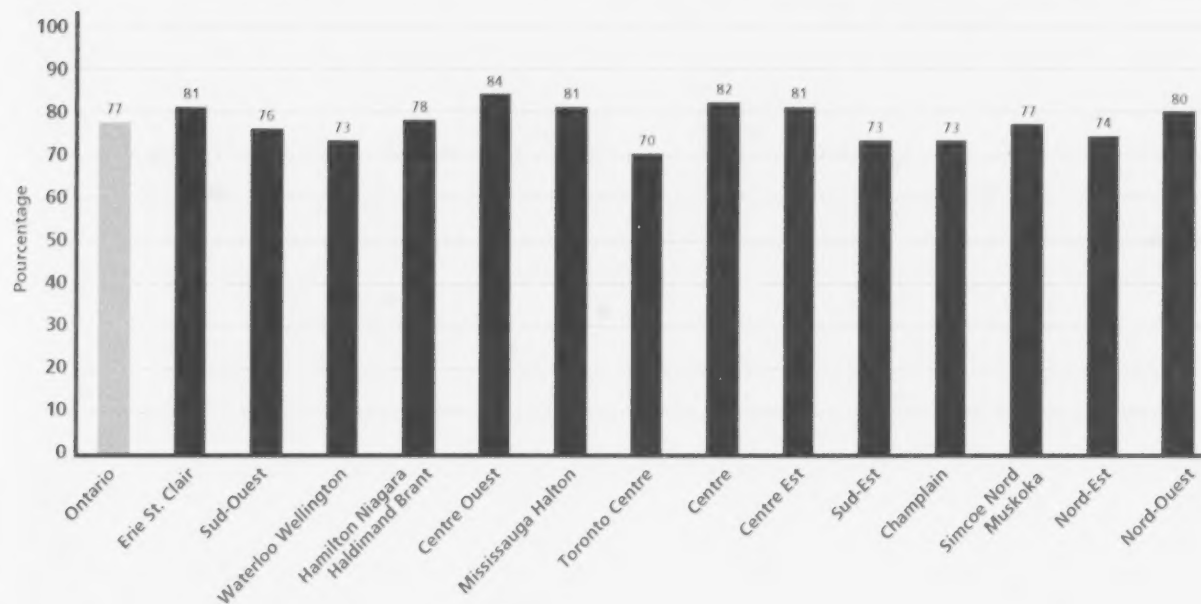
Pourcentage de patients admis dans un centre de rééducation en Ontario après avoir été hospitalisés pour un AVC, par région, 2007-2008



Source : *Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé.*

C'est dans le réseau local d'intégration des services de santé d'Erie-St. Clair qu'on enregistre le meilleur taux d'orientations de la province, où juste un peu moins de 40 pour 100 des personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral sont directement admises dans un centre de rééducation; la plupart des régions de la province sont loin d'obtenir d'aussi bons résultats.

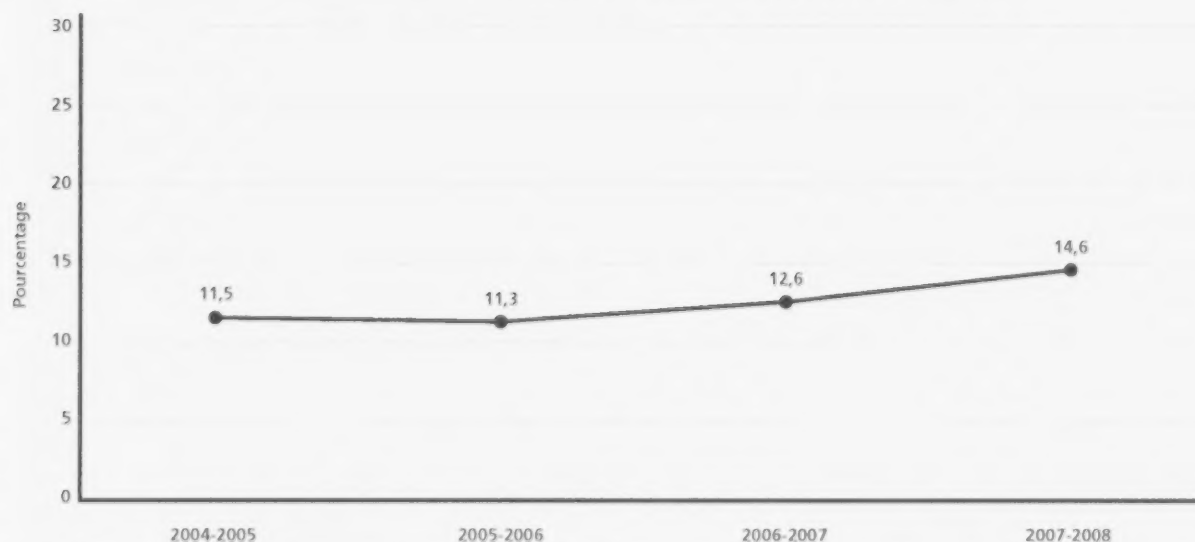
**Pourcentage de patients en soins actifs ayant reçu les premiers soins
dans les 3 jours qui ont suivi l'orientation vers le CASC, par région, 2007-2008**



Source : Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario

Près de 80 pour cent des Ontariennes et Ontariens orientés vers un centre d'accès aux soins communautaires obtiennent leur première visite à domicile dans les trois jours et dans certaines régions, le taux s'établit à presque 85 pour cent. Il s'agit là d'un nouvel indicateur inclus dans les ententes de responsabilité des centres d'accès aux soins communautaires pour 2009-2010. L'an prochain, chaque organisme du secteur des soins à domicile sera tenu d'établir des objectifs locaux.

**Pourcentage de patients ontariens victimes d'une fracture
qui ont subi une densitométrie osseuse, 2004-2005 à 2007-2008**



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences - Données sur le système de santé.

Moins de 15 pour 100 des personnes victimes d'une fracture indiquant une ostéoporose ont subi une densitométrie de la teneur minérale des os.

9.3.3 Pourquoi les gens n'obtiennent-ils pas les soins de suivi dont ils ont besoin?

- **Manque de capacité.** Le programme de rééducation après un accident vasculaire cérébral le plus proche du domicile peut être complet ou les fournisseurs de soins à domicile sont débordés lorsqu'un patient sort de l'hôpital.
- **Absence de coordination.** Lorsque les secteurs des soins de santé ne sont pas intégrés, on ne sait pas qui est responsable et les soins qui doivent être dispensés ne sont pas prodigués. Par exemple, le médecin de l'hôpital pourrait assumer que le médecin de famille prescrira un examen et vice versa. Il est possible qu'on ne prenne pas toutes les mesures nécessaires pour organiser les soins à domicile dont un patient aura besoin après sa sortie de l'hôpital.
- **Manque de communication.** L'absence d'intégration entre les fournisseurs de soins de santé peut signifier que des renseignements importants concernant le patient ne sont pas transmis aux personnes qui doivent les connaître.
- **Manque de connaissances.** Le fournisseur de soins de santé risque de ne pas savoir quelles sont les mesures à prendre. Par exemple, il est possible que ni le médecin de famille ni le médecin de l'hôpital ne sachent qu'une personne doit subir un examen pour l'ostéoporose après certains types de fractures.

9.3.4 Que fait-on en Ontario?

Le programme Home at Last! aide les personnes âgées qui vivent seules ou avec une autre personne âgée à rentrer chez elles, à s'installer et à recevoir du soutien après avoir été hospitalisées. Les hôpitaux ont réorganisé le processus de sortie afin que les patients puissent quitter l'hôpital au moment prévu, prennent des dispositions pour que le transport soit prêt et qu'il y ait un préposé afin d'aider le patient à s'installer chez lui. Le préposé va chercher les médicaments et faire les commissions et reste avec le patient jusqu'à ce qu'un membre de la famille arrive ou jusqu'à 21 h. Le jour suivant, la personne chargée de coordonner le programme Home at Last! explique au patient et à la famille comment ils doivent procéder pour obtenir des soutiens et des services communautaires.

La Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux a été lancée en 2000. L'un de ses objectifs est de faire en sorte que davantage de personnes reçoivent des services de rééducation et qu'elles soient admises plus rapidement dans ces services. La recherche indique qu'il est très important que les personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux suivent immédiatement des services de rééducation afin de recouvrer leur capacité perdue, car ces accidents provoquent divers types de dommages cérébraux. La stratégie de prévention des accidents vasculaires cérébraux a établi des programmes de rééducation dans la collectivité, dans des lieux comme les foyers de soins de longue durée afin de permettre aux patients de recevoir les soins dont ils ont besoin plus près de chez eux.

Le but de la Stratégie ontarienne de lutte contre l'ostéoporose est d'améliorer les soins des personnes atteintes de la maladie en intégrant les services²⁰⁶. Dans beaucoup de cas, cela consiste à



faire des densitométries osseuses. Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario couvre maintenant les densitométries osseuses pour les personnes qui courent un risque élevé d'ostéoporose et de fractures, et pour les personnes à faible risque la densitométrie est couverte tous les trois ans.

9.3.5 Étude d'un cas de réussite – Assurer la transition entre l'hôpital et le secteur des soins de longue durée

Situation : Les personnes qui se rendaient aux urgences de l'Hôpital général de North York, à Toronto, devaient attendre très longtemps avant de pouvoir être hospitalisées. Lorsque le personnel a analysé le cheminement des patients dans l'hôpital, il a constaté que les problèmes venaient du processus de sortie, parce que les dispositions nécessaires pour assurer les soins de suivi n'étaient pas prises. En moyenne, les patients restaient à l'hôpital 39 jours avant de pouvoir passer au niveau suivant de soins de suivi, que ce soit les soins à domicile, un centre de rééducation ou un foyer de soins de longue durée.

Le personnel a utilisé des techniques d'amélioration de la qualité pour déterminer plusieurs choses qui entravaient le cheminement des patients, notamment :

- l'endroit où les patients devaient aller après leur sortie de l'hôpital;
- les retards et les chevauchements de tâches lorsque les coordonnateurs de l'hôpital et du centre d'accès aux soins communautaires (CASC) remplissaient les demandes d'admission au foyer de soins de longue durée séparément;
- participation trop tardive du CASC à la préparation de la sortie de l'hôpital;
- manque de clarté en ce qui concerne les services disponibles et ceux qui convenaient à chaque patient.

Objectif : L'Hôpital général de North York s'est donné comme objectif d'améliorer et d'accélérer le processus de demande

d'admission aux foyers de soins de longue durée et de réduire de 25 pour 100 le nombre de jours d'hospitalisation avant le transfert dans ces foyers.

Mesures : L'Hôpital général de North York a déterminé le nombre de jours moyen « autre niveau de soins » que les patients passaient à l'hôpital en attendant d'être admis dans un foyer de soins de longue durée.

Changements : L'Hôpital général de North York et le CASC ont collaboré pour améliorer l'efficacité du processus de sortie de l'hôpital tout en réduisant le chevauchement des tâches. Au lieu d'attendre que les familles choisissent un foyer de soins de longue durée particulier pour évaluer si ce foyer convient au patient et s'occuper des formalités d'admission, le personnel du CASC participe aux réunions de toutes les unités médicales chaque jour et commence à organiser la sortie des patients avant qu'ils ne soient prêts à quitter l'hôpital. Si des soins à domicile sont requis, il les organise. Si un foyer de soins de longue durée est l'étape suivante, le personnel du CASC et le travailleur social de l'hôpital rencontrent les patients et les familles pour lancer le processus de demande.

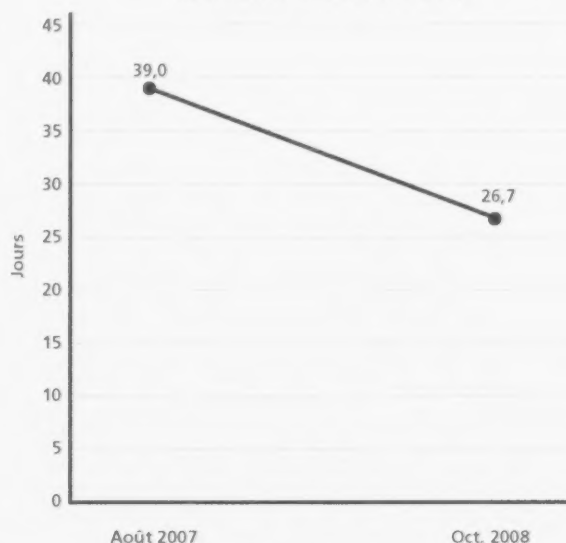
L'Hôpital de North York a mis au point deux outils, la Discharge Destination Criteria Matrix et le Flowchart to Determine Discharge Destination. La matrice explique aux familles point par point les critères utilisés pour décider les soins appropriés (par exemple, des soins à domicile ou des soins de rééducation ou des soins de longue durée), au cas où elles auraient du mal à comprendre, par exemple, pourquoi des soins de rééducation ne sont pas une option. Le tableau de cheminement est ensuite utilisé pour choisir la destination appropriée, qu'il s'agisse de soins à domicile, de soins de rééducation ou de soins de convalescence, de soins palliatifs ou de soins de longue durée. Les outils permettent la prise de décisions cohérentes et objectives pour chaque patient et sont utilisés par les hôpitaux de la province.

L'hôpital a également établi une « place au déambulateur », qui fournit aux patients le matériel de sécurité dont ils ont besoin avant de quitter l'hôpital. Par le passé, les patients devaient parfois attendre jusqu'à ce que le matériel soit disponible.

Résultats : Entre août 2007 et octobre 2008, le nombre de jours moyens « autre niveau de soins » est passé de 39 à 26,7.

Ces changements se sont traduits par moins de transferts entre membres du personnel et une meilleure coordination du processus de planification des sorties. Le nombre de demandes d'admission dans un foyer de soins de longue durée rejetées a diminué et le matériel de sécurité est disponible lorsque le patient est prêt à entrer chez lui.

**Nombre moyen de jours
« autre niveau de soins »,
à l'hôpital générale de North York,
août 2007 à octobre 2008**



Source : L'hôpital générale de North York, Toronto, Ontario

Étapes suivantes : L'hôpital envisage d'élargir l'utilisation des outils de préparation de sortie à d'autres unités médicales et continue de surveiller les jours « autre niveau de soins » afin d'assurer que les améliorations se poursuivent.

9.3.6 Que pouvez-vous faire?

Si vous ou un membre de votre famille êtes hospitalisé, demandez à parler à un travailleur social ou à un coordonnateur des sorties dès le début. Il n'est jamais trop tôt de commencer à préparer les soins dont vous aurez besoin à votre sortie de l'hôpital – qu'il s'agisse de soins de rééducation après un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque, d'une place dans un foyer de soins de longue durée, d'infirmières à domicile pour changer les pansements ou d'une aide à domicile. Beaucoup de personnes restent à l'hôpital beaucoup plus longtemps qu'elles ne le devraient parce que les préparatifs pour les soins communautaires n'ont pas été organisés.

Demandez à votre fournisseur de soins primaires si vous êtes une personne à risque pour l'ostéoporose et devez subir une densitométrie osseuse. Il existe des médicaments qui servent à renforcer les os si vous avez de l'ostéoporose et des exercices de port de poids, du calcium et de la vitamine D qui peut prévenir l'ostéoporose. Trop de caféine ou d'alcool peut fragiliser les os, tout comme la cigarette²⁰⁷. Pour plus de détails, visitez le site Web www.osteoporosis.ca.

9.4 Dans quelle mesure mes soins primaires sont-ils bien coordonnés?

9.4.1 Pourquoi est-ce important?

Les soins primaires sont le fondement d'un système de santé très performant. Les patients ont besoin de leur médecin traitant qu'ils considèrent comme leur pilier, le principal coordonnateur de leurs soins médicaux. Les médecins de famille, qui devraient collaborer avec une équipe de soins primaires, coordonnent les orientations vers les spécialistes, prescrivent des examens et s'assurent qu'il existe un plan de traitement efficace si un problème médical le nécessite.

Pour évaluer la coordination des soins primaires, nous nous sommes encore une fois tournés vers l'enquête menée en 2008 par le Fonds du Commonwealth, dans le cadre de laquelle on a interviewé des « adultes plus gravement malades » de huit pays (voir l'encadré dans la section 2.1). Étant donné que les personnes qui ont participé à l'enquête avaient eu des problèmes de san-

té sérieux au cours des deux années précédentes, il est probable qu'elles aient reçu des soins de sources diverses et qu'elles aient eu besoin d'une bonne coordination de la part de leurs fournisseurs de soins primaires.

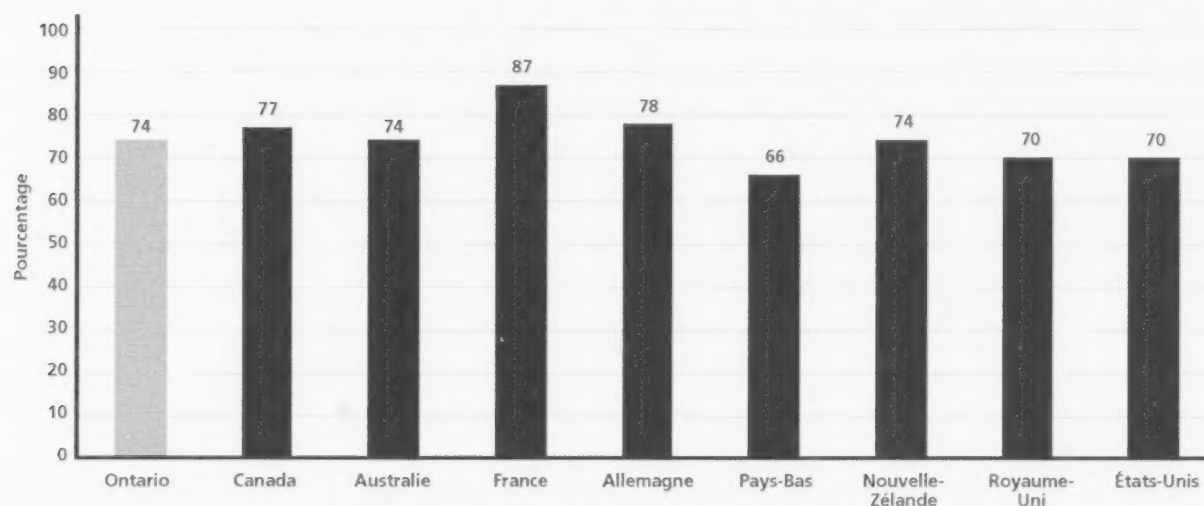
On leur a posé quatre questions. Premièrement, leur fournisseur de soins de santé semblait-il au courant des soins que ces personnes avaient reçus de leurs spécialistes? Deuxièmement, leur médecin ou pharmacien étudiait-il périodiquement tous leurs traitements médicamenteux, quelle que soit la personne qui les ait prescrits? Troisièmement, lorsqu'elles voient un spécialiste, celui-ci semble-t-il connaître leurs antécédents médicaux? Quatrièmement, reçoivent-elles des instructions contradictoires de la part des médecins?

9.4.2 Qu'avons-nous constaté?

Les soins primaires sont aussi bien coordonnés en Ontario que dans le reste du Canada et dans les autres pays participant à l'enquête – en fait, prodiguer des soins coordonnés est un défi pour tous les systèmes de santé; tous pourraient être améliorés.



Pourcentage de répondants (ayant un médecin traitant et consulté un spécialiste au cours des 2 dernières années) dont le fournisseur de soins primaires semblait être au fait des soins prodigués par le spécialiste en Ontario, au Canada et dans d'autres pays, 2008



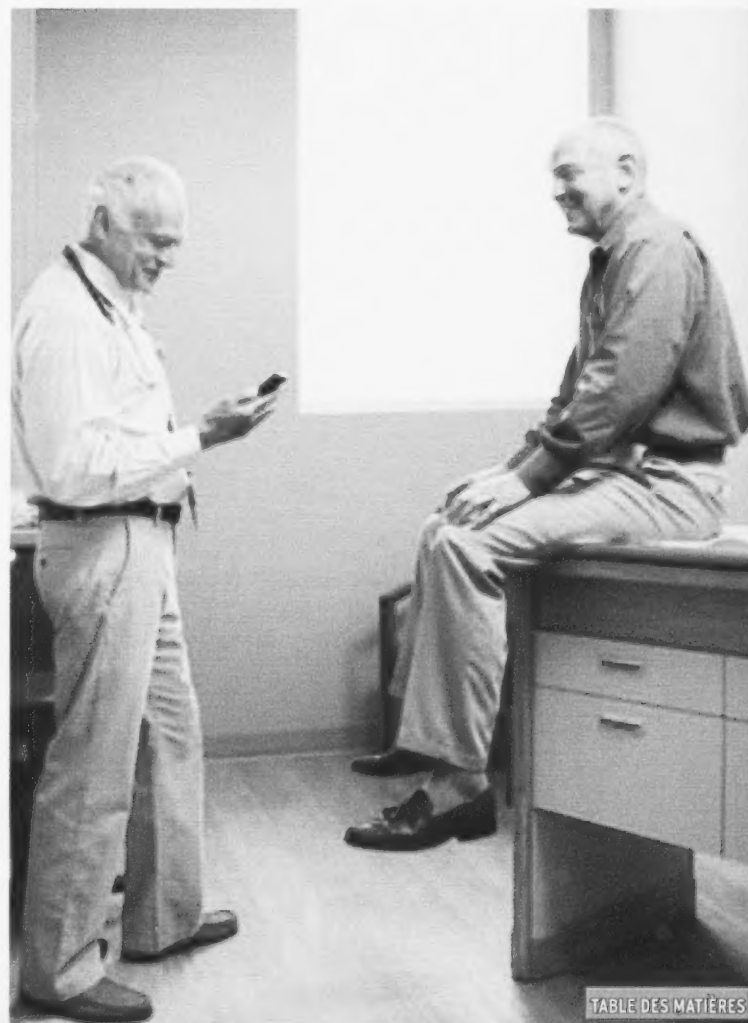
Source : International Health Policy Survey of Sicker Adults 2008, Fonds du Commonwealth.

Environ 75 pour 100 des adultes plus gravement malades en Ontario disent que leur médecin de famille était au courant des soins qu'ils avaient reçus de leurs spécialistes, ce qui correspond à peu près la moyenne pour les pays faisant partie de l'enquête. Des résultats semblables ont été constatés lors d'une enquête récente menée par Statistique Canada pour les patients ontariens qui avaient été récemment hospitalisés, ou avaient séjourné dans un foyer de soins de longue durée ou un foyer de convalescence²⁰⁸. Cependant, tout le monde devrait s'améliorer – 100 pour 100 des patients devraient dire que leur médecin de famille connaissait le traitement prodigué par le spécialiste et les plans de suivi.

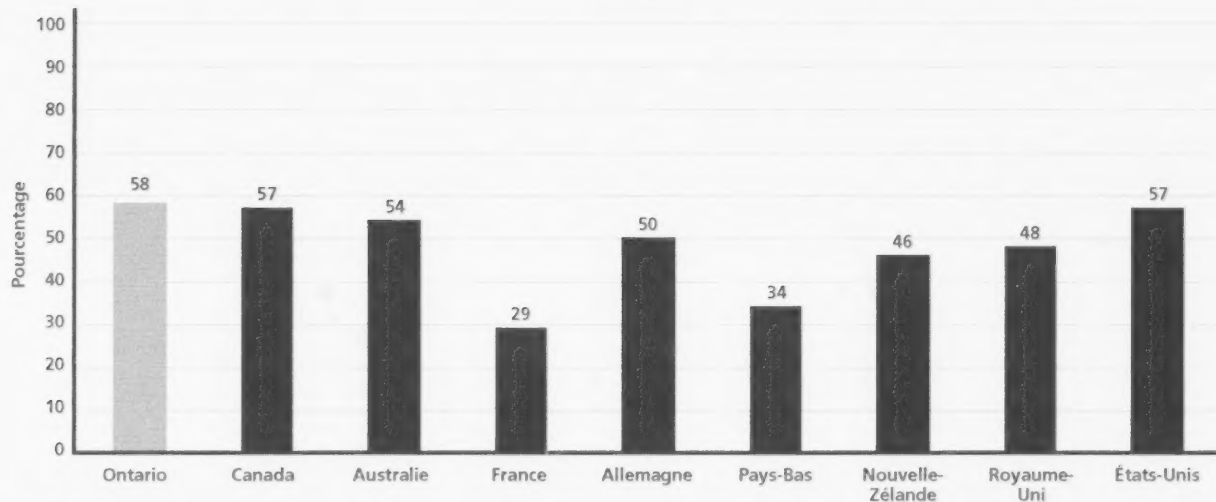
Environ six sur 10 adultes plus gravement malades en Ontario ont fait examiner de manière détaillée leur traitement médicamenteux au cours des deux années précédentes. L'Ontario affiche de meilleurs résultats que la plupart des autres pays en ce qui concerne ce service, mais les chiffres sont encore beaucoup trop bas.

Les trois quarts des adultes plus gravement malades disent que leurs spécialistes détenaient déjà des renseignements sur leurs antécédents médicaux lorsqu'ils les ont consultés, ce qui signifie que l'Ontario se situe dans la moyenne parmi les pays ayant participé à l'enquête.

Environ un sur sept adultes plus gravement malades en Ontario reçoit des instructions et renseignements contradictoires au sujet des soins que leur fournissent leurs soignants. Les taux en ce qui concerne ce problème sont plus élevés en Ontario et aux États-Unis que dans les autres pays qui ont participé à l'enquête.

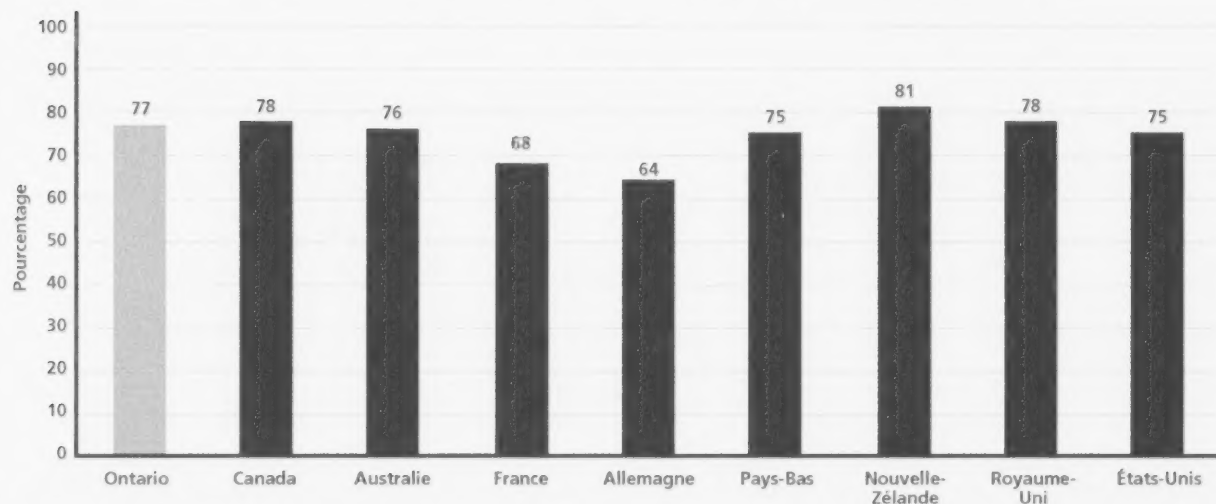


Pourcentage d'adultes plus gravement malades qui prennent des médicaments et qui, au cours des 2 dernières années, ont demandé (toujours ou souvent) à leur médecin ou pharmacien d'examiner et d'expliquer leur traitement médicamenteux, y compris les médicaments prescrits par d'autres médecins, 2008



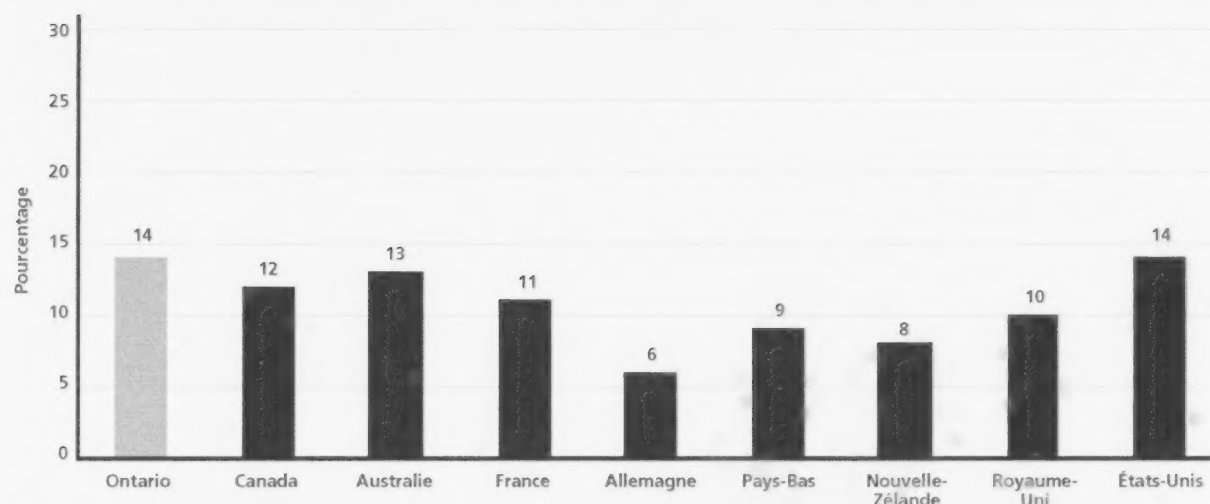
Source : International Health Policy Survey of Sicker Adults 2008, Fonds du Communwellth.

Pourcentage d'adultes plus gravement malades (qui ont consulté ou devaient consulter un spécialiste au cours des 2 dernières années) dont le spécialiste connaissait les antécédents médicaux, en Ontario, au Canada et dans d'autres pays, 2008



Source : International Health Policy Survey of Sicker Adults 2008, Fonds du Communwellth.

Pourcentage d'adultes plus gravement malades (souffrant de diverses affections) dont le médecin a donné des instructions contredisant ce qu'on leur avait dit pour une autre affection en Ontario, au Canada et dans d'autres pays, 2008



Source : International Health Policy Survey of Sicker Adults 2008, Fonds du Commonwealth.

9.4.3 Pourquoi les soins ne sont-ils pas toujours bien coordonnés?

- **Mauvaise communication.** En Ontario, les patients sont habituellement orientés vers les spécialistes par leurs médecins de famille, qui devraient ensuite recevoir une lettre décrivant

l'opinion du spécialiste et ses conseils pour le traitement de suivi. En même temps, les spécialistes devraient être bien informés au sujet des antécédents médicaux du patient lorsque celui-ci arrive à son cabinet, car le médecin de famille devrait écrire une lettre décrivant le problème du patient. Si la lettre est retardée, perdue ou qu'elle omet des renseignements importants, les médecins ne sont pas bien informés et les soins seront moins bien coordonnés.

- **Longues attentes.** En Ontario, les attentes pour voir un spécialiste sont plus élevées que dans la plupart des pays ayant participé à l'enquête du Fonds du Commonwealth (voir la section 2.5.) Pendant l'attente, l'état du patient, ses traitements ou les résultats des examens de laboratoire peuvent changer, ce qui rend la lettre d'orientation obsolète.
- **Responsabilités mal définies.** Il est important que les traitements médicamenteux des patients soient régulièrement examinés, mais cela prend du temps et pourrait donc ne pas se faire. Il pourrait également y avoir de la confusion si c'est le médecin de famille ou le pharmacien qui devrait examiner le traitement. Si les patients achètent leurs médicaments dans plusieurs pharmacies, il est difficile pour le pharmacien d'assurer le suivi des traitements médicamenteux et pour les médecins de le faire sans dossier électronique, ce que la plupart n'ont pas.
- **Opinions et renseignements divergents.** Les patients peuvent recevoir des instructions contradictoires de la part des médecins en raison de différences légitimes au sujet du meilleur traitement, ou parce qu'un médecin est mieux informé qu'un autre, ou parce que l'état du patient a évolué depuis que le premier conseil a été fourni.



9.4.4 Que fait-on en Ontario?

Les fournisseurs de soins ne peuvent pas coordonner les soins s'ils ne peuvent pas partager l'information. Comme nous l'avons dit à la section 7.4.5, un des objectifs de T'élésanté Ontario est de créer un dossier de santé électronique pour chaque Ontarien d'ici 2015.

Les Ontariennes et Ontariens qui souffrent de maladies chroniques et prennent au moins trois médicaments par jour peuvent demander à leur pharmacien de procéder à un examen annuel de

tous leurs médicaments dans le cadre du programme MedsCheck. Le pharmacien vérifie tous les médicaments que prend le patient afin de déterminer s'ils sont nécessaires, s'ils peuvent être pris ensemble sans danger et si les doses sont bonnes. Le formulaire standard que le pharmacien remplit peut être transmis à d'autres professionnels de la santé afin que chacun puisse voir quels médicaments le patient prend et quelle est la bonne dose, afin de réduire les risques d'erreur.

9.4.5 Que pouvez-vous faire?

Le corps est semblable à une machine, il faut l'entretenir régulièrement. Tenez compte des instructions qu'on vous donne sur la manière de gérer votre santé comme vous le feriez pour votre voiture. Obtenez l'aide dont vous avez besoin pour clarifier vos instructions et s'il y a des contradictions, soulignez-les et demandez-en la raison.

Demandez à votre pharmacien si vous êtes admissible à MedsCheck.





10

10 AXÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.

10.1 Introduction

Lorsque nous parlons de la santé de la population, nous voulons parler de la santé de chaque personne vivant dans une province ou dans un pays. La santé de la population est déterminée par divers facteurs, dont le bien-être social et économique, la qualité du logement et la sécurité et le soutien que les gens trouvent dans leur localité. L'équité dans le domaine de l'éducation et les possibilités d'emploi, des liens de travail sûrs et un environnement propre sont également des facteurs déterminants. Pour améliorer la santé de la population, il faut promouvoir une bonne santé, ce que nous faisons en encourageant les gens à être actifs et en interdisant la cigarette dans les lieux publics et en prévenant les maladies, que ce soit au moyen de programmes de vaccination contre les maladies infectieuses ou de dépistage du cancer ou d'autres problèmes de santé.

Tous les Ontariens et Ontariennes en bénéficient lorsque la santé globale de la population est bonne, de sorte que nous avons étudié divers tests de dépistage afin de déterminer ce que la province fait pour améliorer la santé de la population en décelant et en traitant les maladies en temps voulu. Les examens que nous avons étudiés sont les suivants : mammographies, tests de recher-

che de sang occulte dans les selles, tests Pap et densitométrie osseuse. Nous avons également examiné les taux de vaccination contre la grippe à l'échelle de la province et recherché la présence de facteurs de risque qui se traduisent par une mauvaise santé.

10.1.1 Principaux points au sujet de la santé de la population

- Les programmes de dépistage sauvent des vies et ceux qui existent depuis longtemps – tels les mammographies pour le cancer du sein et le test Pap pour le cancer du col de l'utérus – sont assez bien utilisés, mais certaines tranches de la population n'y ont pas accès et, globalement, les choses pourraient s'améliorer.
- Les nouveaux programmes de dépistage du cancer du côlon et de l'ostéoporose commencent à s'établir, mais nous aurons encore beaucoup de chemin à parcourir avant qu'ils n'atteignent les cibles établies.
- L'hygiène de vie des Ontariennes et Ontariens n'est toujours pas assez bonne. Nous avons fait des progrès au niveau de la cigarette, entre 2001 et 2005, mais l'obésité et l'inactivité physique se sont accrues légèrement entre 2005 et 2007.



10.2 Prévention et dépistage précoce des maladies

10.2.1 Pourquoi est-ce important?

La grippe frappe des milliers de Canadiennes et Canadiens chaque année. Elle est particulièrement dangereuse pour les personnes âgées frêles et celles qui ont des maladies chroniques. Le vaccin réduit les risques que la grippe ne devienne une maladie grave, qui peut parfois entraîner le décès. Le vaccin contre la grippe réduit de moitié les risques de pneumonie, d'hospitalisation et de décès chez les personnes qui vivent dans des foyers de soins de longue durée²⁰⁹.

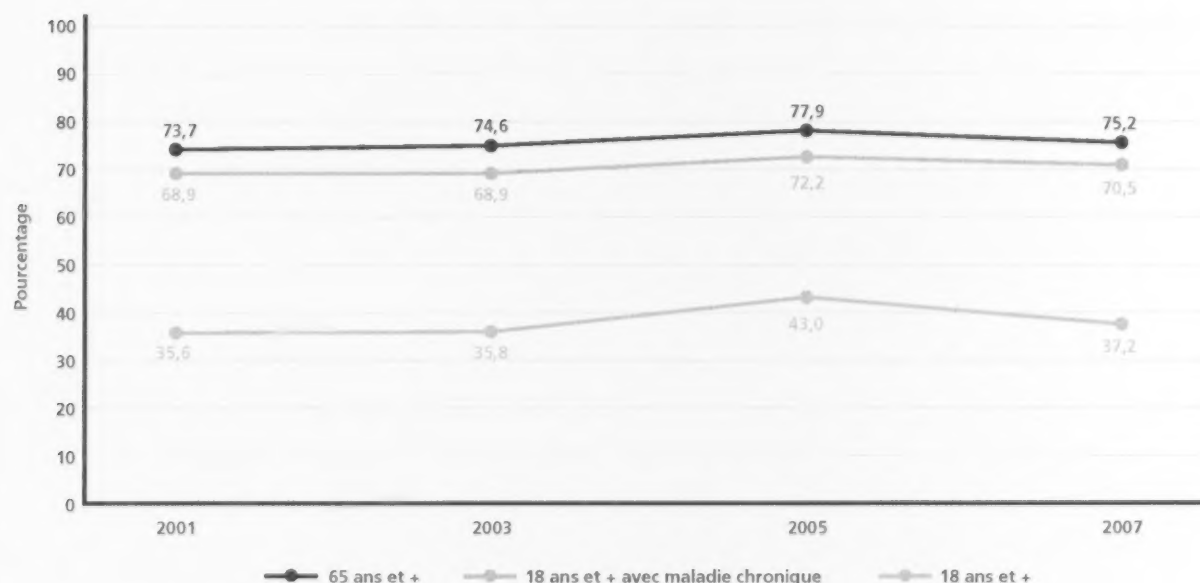
Les cancers du côlon, du sein et du col de l'utérus sont communs, mais une détection et un traitement précoces peuvent prévenir les décès. Environ une personne sur 15 aura le cancer du côlon au cours de sa vie et la moitié des malades en mourront²¹⁰. Une femme sur neuf développe le cancer du sein au cours de sa vie; une femme sur 28 en meurt²¹¹. Les programmes de dépistage pour ces trois types de cancer peuvent détecter la maladie très tôt et accroître les chances de survie des patients^{212 213}.

Tous les programmes de dépistage ne servent pas à détecter le cancer. Les densitométries osseuses servant à détecter l'ostéoporose sont importantes pour les personnes âgées, car les fractures chez elles peuvent entraîner une pneumonie ou les obliger à entrer dans un foyer de soins de longue durée. La détection et le traitement précoce accompagnés de médicaments, de calcium et d'exercices peuvent réduire le risque de futures fractures. Selon les lignes directrices canadiennes, toute personne âgée de plus de 65 ans devrait faire une densitométrie osseuse régulièrement²¹⁴.

10.2.2 Qu'avons-nous constaté?

Le vaccin contre la grippe, les mammographies et les tests Pap atteignent beaucoup de personnes en Ontario qui pourraient en bénéficier, mais on peut encore améliorer les choses. Il y a eu une petite amélioration au chapitre du dépistage du cancer du côlon, mais nous avons encore un long chemin à parcourir. Le dépistage de l'ostéoporose s'est amélioré, mais là aussi, les choses peuvent encore s'améliorer.

Pourcentage de la population vaccinée contre la grippe au cours de l'année précédente en Ontario, 2001, 2003, 2005 et 2007

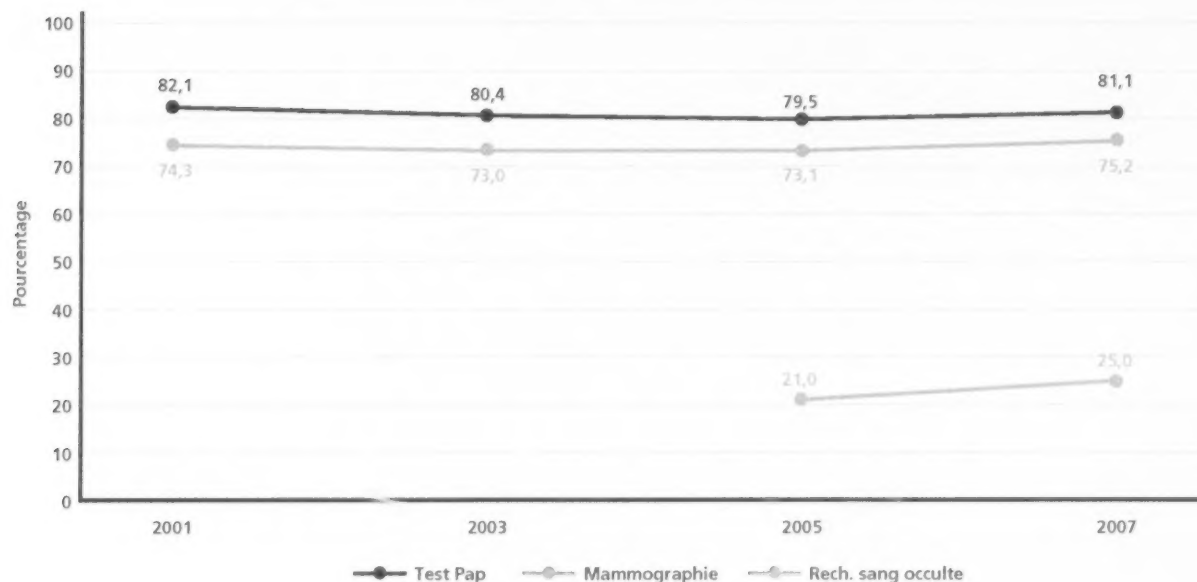


Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Les trois quarts des personnes âgées et 71 pour 100 des adultes atteints de maladies chroniques se font vacciner contre la grippe,

mais moins de la moitié des adultes plus jeunes le font. Ces chiffres n'ont pas beaucoup changé au cours des six dernières années.

**Pourcentage de la population qui a subi les examens de dépistage
du cancer recommandés en Ontario, 2001, 2003, 2005 et 2007**



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Commentaire : Populations de femme qui ont reçu un test pap sont à l'âge de 20 à 69 ans, pour mammographie elles sont à l'âge de 50 à 69 ans et pour rech. sang occulte femmes et hommes sont à l'âge de 50 à 74 ans. Data pour le rech. sang occulte n'était pas disponible pour tout régions en Ontario.

Les trois quarts des femmes âgées de 50 à 69 ans indiquent qu'elles ont fait une mammographie au cours des deux années précédentes et quatre femmes adultes sur cinq indiquent qu'elles ont fait un test Pap au cours des trois années précédentes. Ces taux sont stables depuis les six dernières années.

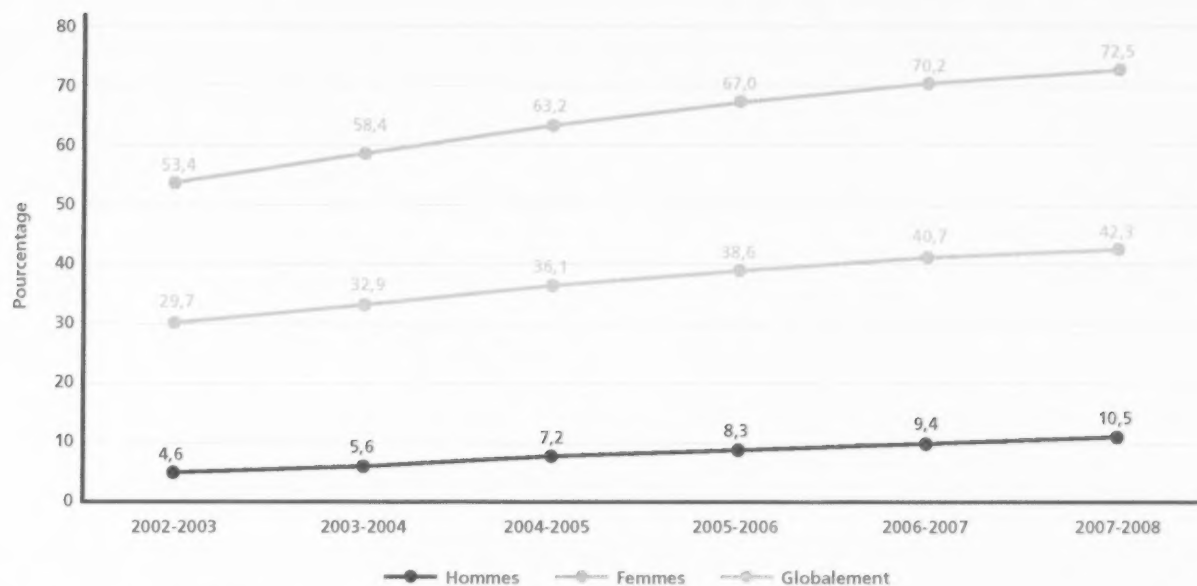
Il y a eu quelques améliorations en ce qui concerne le dépistage du cancer du côlon entre 2005 et 2007, mais nous avons encore un long chemin à parcourir. L'objectif de l'initiative ContrôleCancerColorectal est d'accroître le taux de dépistage pour le porter à 55 pour 100 en moins de cinq ans et à 65 pour 100 en moins de 10 ans²¹⁵.

Ces résultats sont quelque peu plus élevés que les taux de participation actuels au programme de dépistage publiés par Action Cancer Ontario et l'Indice de qualité du réseau de cancérologie, probablement parce qu'ils sont basés sur le résultat d'enquêtes menées auprès des patients et, en général, les gens ont tendance à donner des chiffres supérieurs à la réalité²¹⁶.

La proportion d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 65 ans qui ont fait une densitométrie osseuse au moins une fois au cours des 10 dernières années s'est accrue au fil des ans aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Le taux est beaucoup plus élevé chez les femmes.



Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 65 ans qui ont subi une densitométrie osseuse au cours des 10 dernières années, 2002-2003 à 2007-2008



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé.

10.2.3 Pourquoi les gens ne font-ils pas des tests de dépistage préventifs?

- **Cela prend de l'énergie.** Les gens en bonne santé qui pensent que leur risque de maladie est faible estiment probablement que cela n'en vaut ni la peine ni le temps. S'il est difficile d'obtenir un rendez-vous et que les cliniques ne sont pas situées à proximité, les gens risquent de ne pas prendre la peine de se faire faire des examens de dépistage.
- **On ne sait pas quand on doit se faire examiner.** Nous avons déjà mentionné que peu de docteurs disposaient de systèmes informatisés pour rappeler aux patients qu'il est temps de se faire examiner; si leur médecin ne leur rappelle pas que le moment est venu de faire un test de dépistage, les gens ne le feront probablement pas. Une étude a permis de constater que les femmes avaient tendance à croire que leur dernière mammographie était plus récente qu'elle ne l'était réellement²¹⁷.
- **C'est désagréable.** Les tests de dépistage sont généralement désagréables et parfois douloureux. La mammographie aplatit la poitrine dans une machine, le test Pap exige un examen vaginal et pour obtenir un test de recherche de sang occulte dans les selles, vous devez collecter et frotter un échantillon de vos selles sur une bandelette de papier. Une meilleure information sur l'importance des tests de dépistage pourrait encourager les gens à se les faire faire.
- **Obstacles sociaux.** Les personnes qui ont un faible revenu sont moins au courant des questions de santé et disposent de moins de ressources pour s'assurer qu'elles obtiennent les soins dont elles ont besoin; en outre, elles ont moins accès à un

médecin de famille qui peut leur conseiller de faire des tests de dépistage (voir la section 6.2).

- **Absence de promotion des tests de dépistage.** Pour améliorer la santé de la population, il faut en général des campagnes à plusieurs niveaux afin d'informer le public et de veiller à ce que les initiatives en matière de santé soient largement mises en œuvre. Des programmes de dépistage bien structurés ayant pour but de rappeler aux gens que le moment est venu de se faire faire des tests de dépistage contribuent à en accroître considérablement les taux.

10.2.4 Pratiques exemplaires

La Finlande a lancé son programme national de dépistage du cancer du côlon en 2004 et, en deux ans à peine, a réussi à faire en sorte que 71 pour 100 de la population visée a fait des tests de recherche de sang occulte dans les selles²¹⁸. Les États-Unis affichent de meilleurs taux que l'Ontario au niveau des tests Pap, soit 85 pour 100²¹⁹. Les taux de mammographie dans certains pays européens sont bien plus élevés, notamment aux Pays-Bas et au Luxembourg avec 85 pour 100; en Finlande, avec 88 pour 100, et en Norvège, où 98 pour 100 des femmes admissibles se font faire des mammographies²²⁰.

10.2.5 Que fait-on en Ontario?

En janvier 2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et Action Cancer Ontario ont annoncé un investissement de 193,5 millions de dollars sur une période de cinq ans pour établir un programme de dépistage du cancer du côlon appelé ContrôleCancerColorectal²²¹. Le programme

encourage les médecins de famille à conseiller à leurs patients de se faire faire des tests de recherche de sang occulte dans les selles en leur versant des honoraires pour chaque patient qui le fait. Il y a aussi une campagne d'information publique.

Dans son budget de 2008, l'Ontario a inclus un projet d'investissement de 154 millions de dollars sur trois ans afin de renforcer le programme de dépistage du cancer de la province et d'accroître la détection et le traitement précoces des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon, et pour couvrir le coût du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) qui sert à diagnostiquer et à surveiller le traitement du cancer de la prostate. En janvier 2009, les tests de dépistage de l'APS sont devenus admissibles à un financement dans le cadre du RAMO pour les hommes qui répondent aux lignes directrices cliniques²²². Ainsi, il est possible de se faire tester dans un laboratoire d'analyse; auparavant, seuls les tests effectués dans les laboratoires hospitaliers étaient financés par les deniers publics.

Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein offre des mammographies régulières. Les femmes qui sont inscrites au programme reçoivent des rappels régulièrement au sujet de la date à laquelle leur prochain dépistage doit être effectué. Une unité

de dépistage du cancer du sein mobile se rend dans les petites localités du Nord afin d'améliorer l'accès. Le budget s'est engagé à doubler le nombre de tests de dépistage par an d'ici 2010-2011.



10.2.6 Que pouvez-vous faire?

Faites-vous vacciner contre la grippe dans le cabinet de votre médecin ou dans une clinique de santé publique (vous trouverez des adresses à <http://vaccincontrelagrippe.ca/public/fluclicnicsf.html>). Tenez un journal des dates auxquelles vous devez vous faire vacciner et faites des tests de dépistage et vérifiez régulièrement auprès de votre médecin la date à laquelle votre prochain test aura lieu.

Les femmes âgées entre 50 et 69 ans devraient se faire faire une mammographie tous les deux ans. Vous pouvez prendre rendez-vous vous-même en contactant le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein à breastscreen@cancercare.on.ca ou en composant le 1 800 668-9304. On trouvera plus de détails sur le programme à www.cancercare.on.ca.

Le programme ContrôleCancerColorectal recommande que les hommes et les femmes de 50 ans et plus qui n'ont pas d'antécédents familiaux du cancer du côlon se fassent faire un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans. Les personnes qui présentent un risque accru du cancer du côlon devraient probablement se faire tester plus tôt et devraient faire une colonoscopie. Discutez avec votre fournisseur de soins au sujet de vos antécédents familiaux et de la méthode de dépistage que vous devriez avoir. Vous trouverez davantage de renseignements à <http://www.controlecancercolorectal.ca/index.html>. Vous pouvez réduire votre risque d'avoir le cancer du côlon en ne fumant plus, en faisant des exercices régulièrement, en ayant une alimentation saine à teneur en fibres élevée, en mangeant moins de viande rouge et de viandes transformées et en maintenant un poids sain²²³.

Les lignes directrices de l'Ontario recommandent que les femmes se fassent faire un test Pap chaque année au cours des trois ans qui suivent le début de toute activité sexuelle. Si vos tests sont normaux pendant trois ans de suite, vous devrez vous faire faire un test Pap tous les deux ou trois ans et si vous avez plus de 70 ans et avez eu des tests Pap normaux pendant 10 ans, vous pouvez arrêter. Demandez conseil à votre médecin ou à votre infirmière sur la régularité à laquelle vous devez faire des tests Pap.

Le vaccin contre le papillomavirus (VPH) peut prévenir les infections au VPH. Grâce à des tests Pap réguliers et aux vaccins contre le papillomavirus, il est possible de réduire considérablement l'incidence du cancer du col de l'utérus. Pour plus de renseignements sur le cancer du col de l'utérus, les tests Pap et les vaccins contre le papillomavirus, visitez le site Web d'Action Cancer Ontario à <http://vphontario.ca/>.

10.3 Facteurs de risque et hygiène de vie

10.3.1 Pourquoi est-ce important?

En adoptant une bonne hygiène de vie, en consommant des aliments nutritifs, en faisant de l'exercice, en ne fumant pas et en limitant sa consommation d'alcool, on peut réduire le risque d'avoir des maladies chroniques, ce qui peut nous aider à mener des vies plus longues et plus heureuses. Nous avons examiné cinq risques pour la santé que les gens peuvent réduire en modifiant leur comportement : tabagisme, obésité, inactivité physique, consommation régulière et abusive d'alcool et consommation insuffisante de fruits et de légumes.

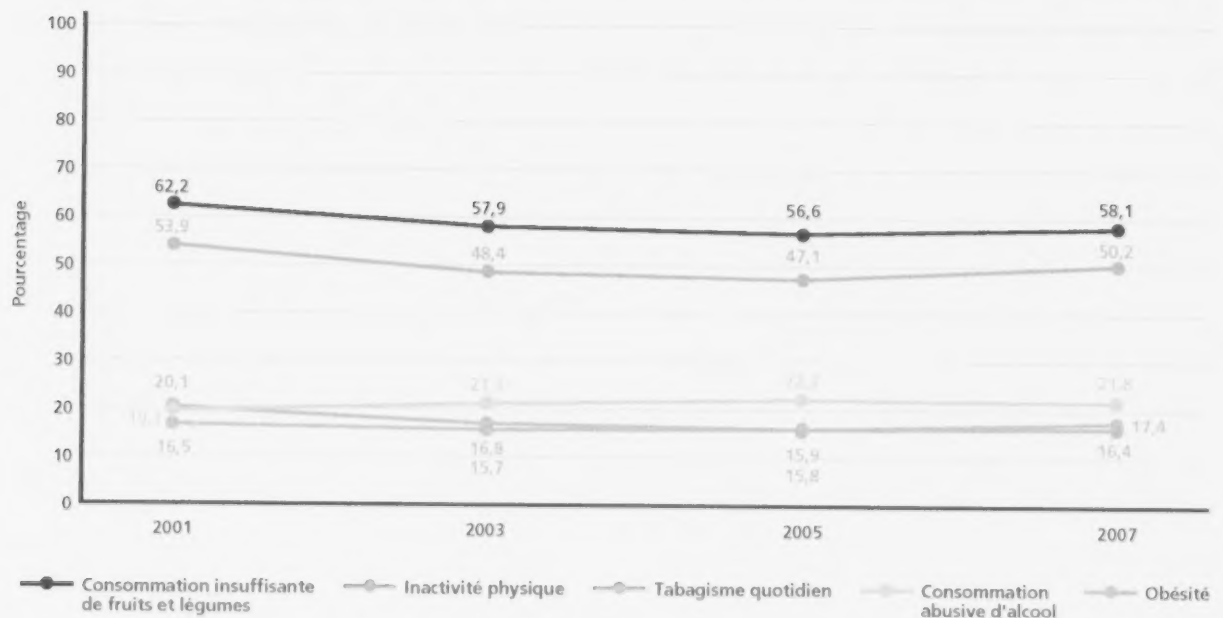
Le tabagisme est la première cause des maladies et des décès qui peuvent être prévenus en Ontario, tuant plus de 13 000 Ontariennes et Ontariens chaque année. Il a également une incidence énorme sur l'économie : les maladies associées au tabagisme coûtent à l'Ontario 1,6 milliard de dollars par an, causent 4,4 milliards de dollars en perte de productivité et comptent pour au moins 500 000 jours d'hospitalisation chaque année²²³. Nous savons que fumer cause plusieurs sortes de cancers, des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, l'emphysème et d'autres maladies²²⁵. Cesser de fumer réduit le risque de complications presque immédiatement²²⁶.

L'obésité accroît le risque de maladies du cœur, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, plusieurs sortes de cancers (dont le cancer du sein, du côlon, de l'œsophage, du pancréas, et l'endomètre et des reins)²²⁷, ainsi que l'arthrite des genoux et beaucoup d'autres maladies²²⁸. Il est prouvé que l'inactivité physique se traduit par de l'obésité, l'aggravation des maladies du cœur ou du diabète et l'ostéoporose²²⁹. Consommer moins de cinq portions de fruit et de légume chaque jour accroît le risque de maladie du cœur et d'accident vasculaire cérébral et de cancer de l'estomac, de l'œsophage, du poumon et du côlon²³⁰. Une consommation régulière et abusive d'alcool cause la cirrhose du foie, des pancréatites et des gastrites chroniques (irritation et saignement de l'estomac)²³¹. De petites quantités d'alcool peuvent réduire le risque de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral, mais une consommation régulière et abusive d'alcool les accroît, et l'alcool est également associé au cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, du côlon et du sein²³², et la cause de blessures et de comportements violents^{233 234}.

Les décisions que vous prenez au sujet de votre santé sont influencées par votre environnement social. Les gens décident quels sont les aliments qu'ils consomment et s'ils font de l'exercice, mais les politiques et les programmes gouvernementaux peuvent influencer la santé de la population en créant un environnement qui encourage et appuie les comportements sains et incitent les gens à faire des choix sains.



Mauvaise hygiène de vie chez les Ontariennes et Ontariens, 2001, 2003, 2005 et 2007



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences - Données sur le système de santé.

Commentaire : L'obésité est mesurée pour les personnes âgées de 20 ans et plus; le tabagisme quotidien, l'inactivité physique et la consommation régulière et abusive d'alcool sont mesurés pour les personnes âgées de 12 ans et plus.

10.3.2 Qu'avons-nous constaté?

Il y a eu des progrès en ce qui concerne la réduction du tabagisme entre 2001 et 2005, mais plus du tout depuis. Les problèmes de l'obésité et de l'inactivité physique se sont en fait intensifiés entre 2005 et 2007.

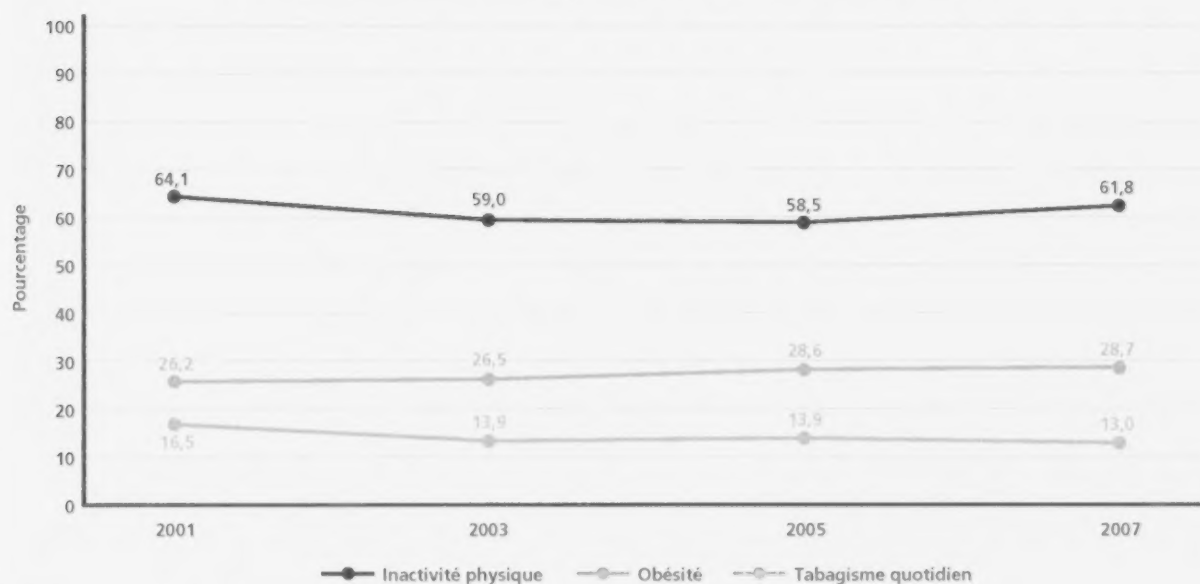
Environ un Ontarien sur six âgé de 20 ans et plus dit qu'il fume chaque jour et la moitié de ce groupe d'âge est physiquement inactif. Un Ontarien sur six âgé de 12 ans et plus est obèse. À peine un peu moins de 20 pour 100 de la population a indiqué boire beaucoup trop d'alcool régulièrement au cours de l'année précédente et 60 pour 100 des gens ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes.

L'Ontario a fait de grands progrès en ce qui concerne la réduction du tabagisme entre 2001 et 2005, mais il n'y a pas eu d'amélioration entre 2005 et 2007. Cette tendance est également vraie pour la consommation de fruits et de légumes. Après avoir fait des progrès réguliers en ce qui a trait à la réduction de l'inactivité physique et de l'obésité entre 2001 et 2005, ces deux problèmes se sont en fait empirés entre 2005 et 2007 en Ontario.

De mauvais comportements pour la santé sont communs aux personnes qui ont des maladies chroniques, qui ont davantage tendance à être obèses et inactives que la population générale. Le tabagisme est également un problème, par contre, le taux de tabagisme parmi les malades chroniques est légèrement inférieur à celui de la population générale et était plus bas en 2007 qu'en 2001.



Pourcentage d'Ontariennes et d'Ontariens atteints de maladies chroniques ayant une mauvaise hygiène de vie, 2001, 2003, 2005 et 2007



Source : Institute for Clinical Evaluative Sciences – Données sur le système de santé.

Commentaire : L'obésité est mesurée pour les personnes âgées de 20 ans et plus; le tabagisme quotidien, l'inactivité physique et la consommation régulière et abusive d'alcool sont mesurés pour les personnes âgées de 12 ans et plus.

10.3.3 Pourquoi les gens n'ont-ils pas une meilleure hygiène de vie?

Le tabac et l'alcool créent des dépendances qu'il est difficile d'abandonner. Le tabagisme dépend de nombreux facteurs dont le prix et la disponibilité mais aussi de l'environnement social. Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les gens sont obèses et inactifs et ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes. Nous avons parlé de l'incidence d'un faible niveau de revenu et d'éducation plus tôt et certaines personnes n'ont peut-être pas les compétences requises pour faire la cuisine et les exercices. Les normes culturelles et sociales empêchent certaines personnes d'avoir une meilleure hygiène de vie et ces personnes ne connaissent peut-être pas les avantages associés à de meilleurs comportements.

10.3.4 Pratiques exemplaires

Selon une enquête menée en 2005 par Statistique Canada, seulement 13 pour 100 des habitants de la Colombie-Britannique étaient obèses, ce qui était moins qu'en Ontario à l'époque²³⁵. En outre, 58 pour 100 des habitants de la Colombie-Britannique ont dit être actifs ou modérément actifs, ce qui était mieux qu'en Ontario²³⁶.

Le taux de tabagisme en Ontario en 2007 était inférieur de 19 pour 100 au taux canadien²³⁷ et le même qu'en Colombie-Britannique, soit 16 pour 100²³⁸.



10.3.5 Que fait l'Ontario?

La *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, qui a été adoptée en mai 2006, interdit la cigarette dans tous les lieux fermés et les lieux publics. En juin 2008, l'Ontario a adopté une loi interdisant la cigarette dans les véhicules en marche lorsqu'une personne de moins de 16 ans est présente²³⁹. L'Ontario finance également une ligne téléphonique sans frais pour aider les fumeurs.

L'Ontario a présenté son Plan d'action pour la promotion de la saine alimentation et de la vie active en juin 2006²⁴⁰. Le site Web Saine Alimentation du ministère de la Promotion de la Santé fournit des renseignements sur une saine alimentation et offre un accès sans frais à un diététiste agréé par téléphone ou en ligne. Il existe également un programme de reconnaissance des écoles saines afin d'encourager les écoles à promouvoir des comporte-

ments sains et à créer des environnements scolaires sains²⁴¹. Cette année, grâce au Programme pilote de distribution de fruits et de légumes dans le Nord de l'Ontario, quelque 12 000 élèves des écoles du Nord de la province reçoivent des collations gratuites de fruits et de légumes deux fois par semaine.

VIE ACTIVE 2010 est la Stratégie ontarienne de promotion du sport et de l'activité physique et a pour but d'accroître le taux d'activités physiques des Ontariennes et Ontariens pour le porter à 55 pour 100 d'ici 2010²⁴². Dans le cadre de cette stratégie, et depuis 2004-2005, le Fonds Collectivités actives a versé plus de 32 millions de dollars afin d'aider quelque 1 000 organismes communautaires. La Stratégie ontarienne pour l'aménagement des pistes et des sentiers, qui est associée à ce programme, a pour but d'améliorer la disponibilité des pistes et sentiers de randonnée de la province²⁴³.

10.3.6 Que pouvez-vous faire?

Si vous fumez, appelez la ligne sans frais d'aide aux fumeurs au 1-877-513-5333 ou visitez <http://teleassistancepourfumeurs.ca/>. Demandez à votre médecin de famille ou infirmière praticienne des conseils sur la manière de cesser de fumer. Votre bureau de santé local peut vous donner des ressources et du soutien pour que vous cessiez de fumer et vous encourager à adopter des comportements sains.

Pour plus de détails sur une alimentation saine et la nutrition, appelez Saine Alimentation au 1-877-510-5102, ou visitez le site <http://www.eatrightontario.ca/DoorwayFR.aspx>.



11 NOTES

- ¹ Baker R, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L *et al.* *High Performing Health Care Systems: Delivering Quality by Design*. Longwoods Publishing 2008.
- ² Altmayer CA, Ardal S, Woodward GL et Schull MJ. Variation in emergency department visits for conditions that may be treated in alternative primary care settings. *Journal canadien de la médecine d'urgence*. Juillet 2005; 7 (4): 252-256.
- ³ Kyriacou DN, Ricketts V, Dyne PL, McCollough MD et Talan DA. A 5-year time study analysis of emergency department patient care efficiency. *Ann Emerg Med*. Septembre 1999; 34(3): 326-35.
- ⁴ Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M et Redelmeier DA. Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *Journal de l'Association médicale canadienne*. Février 2003; 168(3): 277-83.
- ⁵ Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Le surpeuplement des urgences au Canada : qu'en est-il exactement et qu'y a-t-il à faire? 2006. Ottawa (Ontario).
- ⁶ Improving the Efficiency of Hospital-Based Emergency Care — Chapitre 4, Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point. Institute of Medicine, Washington, 2007. ISBN-10: 0-309-10173-5. Disponible à : [/www.iom.edu/?id=35025](http://www.iom.edu/?id=35025)
- ⁷ L'Ontario s'attaque au problème des temps d'attente dans les salles des urgences grâce à un investissement de 109 millions de dollars — Document d'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Mai 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_08/may/nr_20080530f.html
- ⁸ L'Ontario s'attaque au problème des temps d'attente dans les salles des urgences grâce à un investissement de 109 millions de dollars — Document d'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Mai 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_08/may/nr_20080530f.html
- ⁹ 2006 International Survey of Primary Care Physicians. Fonds du Commonwealth, 2006. Disponible à : http://www.commonwealthfund.org/usf_doc/topline_results_2006_IHPSurvey2.pdf?section=4056.
- ¹⁰ Watson DE, Slade S, Buske L et Tepper J. Intergenerational differences in workloads among primary care physicians : étude de dix ans de la population. *Health Affairs*. Nov.-Déc. 2006; 25(6): 1620-8.
- ¹¹ Chan, BTB. Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990. Institut canadien d'information sur la santé, Juin 2002.
- ¹² The UK Improvement Foundation — an overview. Disponible à : <http://www.worldcongress.com/events/NW715/pdf/thoughtLeadership/ImprovementFoundation-Overview.pdf>
- ¹³ Hodge W, Horsley T, Albani D, Baryl J, Belliveau M, Buhrmann R, O'Connor M, Blair J et Lowcock E. The consequences of waiting for cataract surgery : a systematic review. *Journal de l'Association médicale canadienne*. Avril 2007; 176(9): 1285-90.
- ¹⁴ Wait Times Historical Volume Trends, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : <https://ospace.scholarsportal.info/bitstream/1873/3160/1/256919.pdf>
- ¹⁵ Fitzsimons D, Parahoo K, Richardson SG et Stringer M. Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: a qualitative and quantitative analysis. *Heart Lung*. Janv.-Fév. 2003; 32(1): 23-31.
- ¹⁶ Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour la chirurgie de la cataracte de l'œil adulte. *Journal canadien d'ophtalmologie*. 2008; 43(1). Disponible à : <http://pubs.nrc-cnrc.gc.ca/cjol/cjo43/i08-133.pdf>.
- ¹⁷ Quintana JM, Escobar A, Arostegui I, Bilbao A, Azkarate J, Goenaga JJ et Arenaza JC. Health-related quality of life and appropriateness of knee or hip joint replacement. *Arch Intern Med* 2006; 166 :220-226.
- ¹⁸ Stratégie de réduction des temps d'attente – tendances provinciales, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : http://www.waittimes.net/waittimes/en/wt_trend.aspx
- ¹⁹ Chan BTB et Austin PC. Patient, Physician, and Community Factors Affecting Referrals to Specialists in Ontario, Canada: A Population-Based, Multi-Level Modelling Approach. *Medical Care* 2003; 41(4): 500-511.

- ²⁰ Cheruvu CVN et Eyre-Brook IA. Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. Janvier 2002; 84(1): 20-22.
- ²¹ Gable WH, Pappas TN, Jacobs DO, Cutler DA et Kuo PC. Productivity measures associated with a patient access initiative. *Ann Surg*. Mai 2006; 243(5): 604-611.
- ²² Strindhall M et Henriks G. How improved access to healthcare was successfully spread across Sweden. *Qual Manag Health Care*. Janvier-Mars 2007; 16(1):16-24.
- ²³ Établissements de soins pour bénéficiaires internes : 2006-2007. Statistique Canada, Ottawa; catalogue n° 83-237-X. Statistiques sur la population de : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090115/t090115c1-fra.htm>
- ²⁴ Health United States 2007. Disponible à : <http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs07.pdf#117> (données tirées du tableau 117); données de l'US Census Bureau. Disponible à : http://factfinder.census.gov/servlet/STTable?_bm=y&-geo_id=01000US&-qr_name=ACS_2007_3YR_G00_S0101&-ds_name=ACS_2007_3YR_G00
- Selon les Centers for Disease Control des États-Unis, en 2006, il y avait 1 716 102 lits dans les foyers de soins infirmiers. Selon le recensement américain, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus atteint les 18,2 millions. Le nombre de lits, mesuré par le pourcentage de lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, s'établissait à 94,2, soit un peu plus qu'en Ontario. Toutefois, ces lits n'étaient occupés que par 1 433 523 personnes, ce qui correspond à un taux d'occupation de 84 %. Les États-Unis utilisent moins de lits qu'en Ontario; la proportion de taux pensionnaires de foyers de soins infirmiers par rapport aux personnes âgées de plus de 75 ans s'établit à 78,7.
- ²⁵ Williams PA. Look Globally, Act Locally – The balance of care in Ontario. Octobre 2008. Disponible à : www.crncc.ca/knowledge/events/download/WILLIAMS_presentation_17Oct08.pdf
- ²⁶ Harrington C, Chapman S, Miller E, Miller N et Newcomer R. Trends in the supply of long-term care facilities and beds in the United States. *Journal of Applied Gerontology*. Août 2005; 24 (4):265-282.
- ²⁷ Toutes les données les renseignements se rapportant à cette étude de cas ont été fournis par le Dr Vernon Jubber, Chinook Health Region (Alberta).
- ²⁸ Les données sur le nombre de lits de soins de longue durée et les personnes âgées de plus de 75 ans sont fournies par la Direction des données sur la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Données sur les places dans les logements avec services de soutien financés par le gouvernement tirées de : Community Support Services Summary Report 2004/05, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Octobre 2006. Disponible à : http://www.mohltcfm.com/cms/client_webmaster/pages.jsp?page_id=a_7665
- ²⁹ Soins aux aînés : Comparaison des divers types de résidences ou d'établissements. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/lc/f/16_optionsf.html.
- ³⁰ Le gouvernement McGuinty transforme les services communautaires pour favoriser l'autonomie des aînés à domicile — Communiqué, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_07f/avgf/nr_20070828f.html
- ³¹ L'Ontario s'attaque au problème des temps d'attente dans les salles des urgences grâce à un investissement de 109 millions de dollars. Communiqué. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Mai 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_08f/mayf/nr_20080530f.html
- ³² The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigation. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. 2000; 342: 145-153.
- ³³ Pyörälä K, Pederson TR, Kjekshus J, Faergeman O, Olsson AG, Thorgeirsson G *et al*. Réduire le cholestérol grâce au Simvastatin améliore le pronostic des personnes qui souffrent du diabète et d'une insuffisance coronaire. Analyse d'un sous-groupe entreprise dans le cadre de la Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 1997; 20(4): 614-620.
- ³⁴ The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigation. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. 2000; 342: 145- 153.
- ³⁵ Freemantle N *et al*. B Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ* 1999; 318: 1730-1736.
- ³⁶ Plehn JF *et al*. Reduction of stroke incidence after myocardial infarction with pravastatin: CARE study. *Circulation* 1999; 99:216-223.
- ³⁷ Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ *et al*. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. *Stroke* 2006; 37: 577.
- ³⁸ Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1449-1457.
- ³⁹ Garg R et Yusuf S. Overview of randomized trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. Collaborative group on ACE inhibitor trials. *JAMA* 1995; 273:1450-1456.

⁴⁰ Tu JV, Khalid F, Donovan, Ko DT, et pour la Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team/le Canadian Cardiovascular Society Acute Myocardial Infarction Quality Indicator Panel. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction. *Journal de l'Association médicale canadienne*. Octobre 2008; 179(9): 909-915. Disponible à : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2565729&blobtype=pdf>

⁴¹ Cholesterol Treatment 'Trialists' (CTT) Collaborators, Kearney PM, Blackwell L, Collins R, Keech A, Simes J, Peto R, Armitage J et Baigent C. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*. Janvier 2008; 371(9607):117-25.

⁴² Comité d'experts sur les Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Association canadienne du diabète 2008. Lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes* 2008; 32 (1 1): S109. Selon les Lignes directrices de l'Association canadienne du diabète, les patients devraient maintenir leur taux de LDL (mauvais cholestérol) à moins de 2,0 — la plupart des gens y arrivent sans prendre de statine.

⁴³ Rosen AB. Indications for and utilization of ACE inhibitors in older individuals with diabetes. Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999 to 2002. *J Gen Intern Med*. Avril 2006; 21(4):315-9. Selon les Lignes directrices canadiennes, toutes les personnes atteintes de diabète présentant un risque élevé de maladie cardiovasculaire, d'hypertension ou de protéines dans les urines devraient prendre des IECA/BRA (référence précédente, pages S105, S116, S130). Cette étude indique que 92 pour 100 des diabétiques entrent au moins dans une de ces catégories.

⁴⁴ National Healthcare Quality Report, 2007. Agency of Healthcare Research and Quality. Disponible à : www.ahrq.gov/qual/nhrq07/effectiveness/heartdis/T1.053A.htm. Accès en date du : 12 janvier 2009.

⁴⁵ La base nationale de données pour la comparaison du niveau de qualité des hôpitaux aux États-Unis, par exemple Beth Israel Hospital (91 pour 100), Brigham and Women's Hospital (95 pour 100) et Massachusetts General Hospital (98 pour 100). Disponible à : www.hospitalcompare.hhs.gov/Hospital/Search/compareHospitals.asp. Accès en date du : 12 janvier 2009. Le lecteur doit également savoir que les résultats des États-Unis se rapportent aux hospitalisations dues aux ICC pour lesquelles on a établi une fraction d'éjection anormale de <40 pour 100, alors que les données de l'Ontario ne font pas la distinction entre ceux qui affichent ou n'affichent pas une fraction d'éjection de <40 pour 100. C'est un point discutable car les lignes directrices s'appliquant aux patients atteints d'ICC et une fraction d'éjection normale recommandent également des IECA et BRA; Disponible à : http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=220&Topic_ID=58, Accès en date du : 12 janvier 2009.

⁴⁶ Brass LM, Krumholz HM, Scinto JD, Mathur D et Radford M. Warfarin use following ischemic stroke among Medicare patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med*. Octobre 1998; 158(19): 2093-100. Parmi 278 personnes hospitalisées victimes d'un accident vasculaire cérébral avec fibrillation auriculaire, 110 présentaient une contre-indication à la warfarine, comme un saignement antérieur, une chute, une consommation abusive d'alcool, la démence, ou un carcinome métastatique.

⁴⁷ Bravata DM, Rosenbeck K, Kancir S et Brass LM. L'utilisation de warfarine chez les anciens combattants atteints de fibrillation auriculaire. *BMC Cardiovasc Disord*. Octobre 2004; 4(1):18. Parmi 212 personnes hospitalisées, 97 ne pouvaient pas prendre de la warfarine à cause de contre-indications.

⁴⁸ Lee TH. Eulogy for a quality measure. *N Engl J Med*. Septembre 2007; 357(12):1175-7.

⁴⁹ Communication verbale avec le personnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Février 2009.

⁵⁰ Litzelman DK, Slemenda CW, Langefeld CD, et al. Diminution des anomalies des membres inférieurs chez les patients atteints de diabète de type 2. Essai clinique comparatif aléatoire. *Ann Intern Med* 1993; 119:36-41.

⁵¹ McCabe CJ, Stevenson RC et Dolan AM. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabetes Med* 1998; 15:80-84.

⁵² Ferris FL III. How effective are treatments for diabetic retinopathy? *JAMA* 1993; 269:1290-1291.

⁵³ High Quality Care for Everyone – nouveau cadre de fonctionnement du NHS en Angleterre 2009-2010. Ministère de la Santé. Disponible à : http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_091445

⁵⁴ Quality and Outcomes Framework, Guidance, modifié en 2004. National Health Service, London, R.-U. Disponible à : http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653

⁵⁵ National Diabetes Support Team, fiche technique n° 15. Disponible à : http://www.diabetes.nhs.uk/Plone/reading-room/ndst-ublications/factsheets/downloads/Factsheet_QOF.pdf Accès en date du : 17 décembre 2008.

⁵⁶ Manuel DG et Schultz SE. Diabetes Atlas, chapitre 4 – ICES. Disponible à : http://www.ices.on.ca/file/DM_Chapter4.pdf

⁵⁷ The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigation. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. 2000; 342: 145- 153.

- ⁵⁸ Stratton, IM *et al.* Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): étude par observation prospective. *BMJ* 2000; 321: 405-411
- ⁵⁹ Adler, AI *et al.* Association of systolic blood pressure with microvascular and macrovascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): étude par observation prospective. *BMJ* 2000; 321: 412-419
- ⁶⁰ Pyörälä K, Pedersen TR, Kjekshus J, Faergeman O, Olsson AG, Thorgerirsson G *et al.* Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetes patients with coronary heart disease. Analyse d'un sous-groupe entreprise dans le cadre de la Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 1997; 20(4): 614-620.
- ⁶¹ Programmes de lutte contre le diabète en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Juillet 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/f/news_releases/archives/nr_08f/jul/nr_20080722f.html.
- ⁶² Programmes de lutte contre le diabète en Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Juillet 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/f/news_releases/archives/nr_08f/jul/nr_20080722f.html.
- ⁶³ INCA — Eye Van. Disponible à : <http://www.cnib.ca/en/ontario/programs-services/eye-van/default.aspx>.
- ⁶⁴ Stroke Initiatives in Ontario — Information publique. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives/hu_03/healthplan/stroke_bg.html.
- ⁶⁵ Falces, C. *et al.* An educative intervention to improve treatment compliance and to prevent re-admissions of elderly patients with heart failure. *Med Clin (Barc)*. Octobre 2008; 131(12): 452-6.
- ⁶⁶ Health of Wales Information Service. Countryside Walks Cut Hospital Readmissions. Disponible à : www.wales.nhs.uk, Accès en date du : 17 décembre 2008.
- ⁶⁷ Health of Wales Information Service. Countryside Walks Cut Hospital Readmissions. Disponible à : www.wales.nhs.uk, Accès en date du : 17 décembre 2008.
- ⁶⁸ Gardner RL. Successful interventions for avoiding readmission in the elderly. 1: *Med Health R I*. Septembre 2008; 91(9):285-7.
- ⁶⁹ Sharkey S. People caring for people: impacting the quality of life and care of residents of long-term care homes. Rapport de l'étude indépendante du personnel et des normes de soins pour les foyers de soins de longue durée en Ontario. Toronto. Mai 2008. Disponible à : www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/staff_care_standards/staff_care_standards.pdf
- ⁷⁰ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ce qu'on nous a dit : Consultation sur la qualité des soins de longue durée 2008. Un objectif commun de qualité pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Toronto, page 10. Disponible à : http://health.gov.on.ca/french/public/pub/ministry_reports/quality_consultation_08f/quality_consultation_08f.html.
- ⁷¹ L'Ontario s'attaque au problème des temps d'attente dans les salles des urgences grâce à un investissement de 109 millions de dollars, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Mai 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/f/news_releases/archives/nr_08f/may/nr_20080530f.html.
- ⁷² McAiney CA, Haughton D, Jennings J, Farr D, Hillier L et Morden P. A unique practice model for nurse practitioners in long-term care homes. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62 (5): 562-571.
- ⁷³ Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer 2008. Toronto, 2008. Avril 2008, ISSN 0835-2976; page 2.
- ⁷⁴ Fyles *et al.* Tamoxifen with or without breast irradiation in women 50 years of age or older with early breast cancer. *New England Journal of Medicine* 2004; 351: 963-70
- ⁷⁵ Huges KS, *et al.* Lumpectomy plus tamoxifen with or without Irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *NEJM* 2004; 351(10): 971-977.
- ⁷⁶ Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, Godwin J, Gray R, Hicks C, James S, MacKinnon E, McGale P, McHugh T, Peto R, Taylor C, Wang Y et Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. Décembre 2005; 366(9503): 2087-106.
- ⁷⁷ Baker GR, Norton PG, Flintoft C, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflinger L, Reid RJ, Sheps S et Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*. Mai 2004; 170 (11).
- ⁷⁸ Peterson JF, Kuperman GJ, Shek C, Patel M, Avorn J et Bates DW. Guided Prescription of Psychotropic Medications for Geriatric Inpatients. *Arch Intern Med* 2005;165:802-807. Disponible à : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/165/7/802>
- ⁷⁹ Tamblyn R, Huang A, Perreault R, Jaques A, Roy D, Hanley J, *et al.* The medical office of the 21st century (MOXXI): Effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2003; 169: 549-55.

- ⁸⁰ Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Machan C et Siebert U. The Effect of Electronic Prescribing on Medication Errors and Adverse Drug Events: A Systematic Review. *J Am Med Inform Assoc* 2008; 15(5):585-600.
- ⁸¹ Kuperman GJ et Gibson RE. Computer Physician Order Entry: Benefits, costs, and issues. *Annals of Internal Medicine* 2003; 139:31-39.
- ⁸² Wu RC, Abrams H, Baker M et Rossos PG. Implementation of a Computerized Physician Order Entry System of Medications at the University Health Network — Physicians' Perspectives on the Critical Issues. *Electronic Healthcare* 2006; 4(3): 106-109
- ⁸³ Murray, M. Automated Medication Dispensing Devices — Chapter 11. Agency of Healthcare Research and Quality. Disponible à : www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap11.htm
- ⁸⁴ Murray, M et Shojania K. Unit-Dose Drug Distribution Systems — Chapter 10. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible à : <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap10.htm>.
- ⁸⁵ Rochon PA *et al.* Potentially Inappropriate Prescribing in Canada Relative to the US. *Drugs, Aging*. 2004; 21 (14): 939-947.
- ⁸⁶ Programme de médicaments de l'Ontario : Le Système informatique des programmes de médicaments de l'Ontario — Information publique. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : <http://www.health.gov.on.ca/french/public/pubf/drugsf/networkf.html>.
- ⁸⁷ Task Force on Medication Management. Quality Health Network. Mai 2008. Disponible à : <http://www.qhn.ca/news/MOHmedmgtaskforce.pdf>.
- ⁸⁸ Use of Best Practicing Drug Ordering Technology, Cancer Care Ontario. Disponible à : <http://www.cancercare.on.ca/english/csqi2008/csqievidence/csqi-best-practice-drug/>. Accès en date du : 7 janvier 2009
- ⁸⁹ National collaborative on Falls in LTC – enrolment package. Safer Healthcare Now! Janvier 2008.
- ⁹⁰ Henry, L. Fall prevention programmes in older people. *Evidence-Based Healthcare and Public Health* 2005; 9: 349-350.
- ⁹¹ C. Difficile, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, disponible à : http://www.health.gov.on.ca/patient_safety/public/cdad/cdad_pub.html#
- ⁹² Déclaration des taux de C. difficile dans les hôpitaux — Document d'information, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Février 2009. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_09f/fcbf/bg_20090227f.html.
- ⁹³ Hartikainen S, Lonnroos E et Louhivuori K. Medication as a Risk Factor for Falls: Critical Systematic Review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2007; 62(10): 1172-1181.
- ⁹⁴ Healey F, Oliver D, Milne A et Connelly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age and Ageing* 2008; 37: 368-378.
- ⁹⁵ Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Toronto, 2005. Disponible à : http://www.rnao.org/Storage/12/638_BPG_Pressure_Ulcers_v2.pdf.
- ⁹⁶ Fleurence RL. Cost-effectiveness of pressure-relieving devices for the prevention and treatment of pressure ulcers. *Int J Technol Assess Health Care* 2005; 21(3):334-41.
- ⁹⁷ Surveillance des infections à *Clostridium difficile*, Santé et Services sociaux Québec. Disponible à : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/a47390873d2b0f428525721e005135f1?OpenDocument>.
- ⁹⁸ Annual reports and rates of C. difficile for patients aged 65 years and over. Avril 2007- Mars 2008, R. U. Disponible à : http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1216193834882.
- ⁹⁹ Herman M, Gallagher E. et Scott V. The evolution of seniors falls prevention in British Colombia. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Mars 2006. Disponible à : http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/falls_report.pdf
- ¹⁰⁰ Herman M, Gallagher E, et Scott V. The evolution of seniors' falls prevention in British Columbia. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Mars 2006. Disponible à : http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/falls_report.pdf
- ¹⁰¹ Find and Compare Nursing Homes – Medicare – US Department of Health and Human Resources. Disponible à : www.medicare.gov/NHCompare/include/DataSection/Questions/SearchCriteriaNEW.asp?dest=NAVHomeSearchHomepercent20Page#TabTop, Accès en date du : 12 janvier 2009.
- ¹⁰² Renforcer la capacité afin d'accroître la sécurité des patients – Fiche de renseignements. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/patient_safety/media/infection_control_initiatives_fs_02_fr_20081120.pdf.

- ¹⁰³ National Collaborative on Falls in Long Term Care, Safer Healthcare Now! Disponible à : http://www.rnao.org/Storage/35/3013_Call_to_Action.pdf.
- ¹⁰⁴ Aging at Home Strategy Year 1 Service Plan. Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest. Thunder Bay. Octobre 2008; p 24. Disponible à : www.northwestlin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Be_Informed/North%20West%20LHIN%20Aging%20at%20Home%20Strategy%20October%202008.pdf
- ¹⁰⁵ Kowalski RG, Claassen J, Kreiter KT, Bates JE, Ostapovich ND, Connolly ES et Mayer SA. Initial misdiagnosis and outcome after subarachnoid hemorrhage. *JAMA* 2004; 291(7):866-9.
- ¹⁰⁶ Schull MJ, Vermeulen MJ et Stukel TA. The risk of missed diagnosis of acute myocardial infarction associated with emergency department volume. *Ann Emerg Med*. Décembre 2006;48(6):647-55.
- ¹⁰⁷ Vermeulen MJ et Schull MJ. Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department. *Stroke*. Avril 2007; 38(4):1216-21.
- ¹⁰⁸ Canto JG, Goldberg RJ, Hand MM, Bonow RO, Sopko G, Pepine CJ et Long T. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs reality. *Arch Intern Med* 2007; 167(22):2405-13.
- ¹⁰⁹ Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR, Griffith JL et Selker HP. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342(16):1163-70.
- ¹¹⁰ Narayan KM, Gregg EW, Fagot-Campagna A, Gary TL, Saaddine JB, Parker C, Imperatore G, Valdez R, Beckles G, Engelgau MM. Relationship between quality of diabetes care and patient satisfaction. *J Natl Med Assoc*. Janvier 2003; 95(1):64-70.
- ¹¹¹ Lorig, KR; Sobel, DS. Stewart, A, et al. Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care* 1999; 37(1):5-14
- ¹¹² Lorig KR, Sobel SD, Ritter PL, et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract* 2001; 4(6):256-62
- ¹¹³ Newman S, Steez L et Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004; 364: 1523-37
- ¹¹⁴ Quality insights: 2007 patient experiences in primary care. MHQP. Disponible à : <http://www.mhqp.org/quality/pes/pesQandA.asp?nav=031639>
- ¹¹⁵ Stratégie de lutte contre le diabète — Document d'information. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Juillet 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/mediat/news_releases/archives/nr_08/jul/diabetes_strategy_bg_fr_02_20080722.pdf.
- ¹¹⁶ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ce qu'on nous a dit : Consultation sur la qualité des soins de longue durée 2008. Un objectif commun de qualité pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Toronto, 2008. Disponible à : http://health.gov.on.ca/french/public/publ/ministry_reports/quality_consultation_08/quality_consultation_08f.html.
- ¹¹⁷ Sharkey S. People Caring for People — impacting the quality of life and care of residents of long term care homes. Mai 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/english/public/publ/ministry_reports/staff_care_standards/staff_care_standards.pdf
- ¹¹⁸ Indicateurs des hôpitaux, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Indicateurs des hôpitaux et rapport Indicateurs de santé 2008. Institut canadien d'information sur la santé. Disponible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_1350_F&cw_topic=1350&cw_rel=AR_152_F.
- ¹¹⁹ Cassidy-Smith TN, Baumann BM et Boudreaux ED. The disconfirmation paradigm: throughput times and emergency department patient satisfaction. *J Emerg Med*. Janvier 2007; 32(1):7-13.
- ¹²⁰ The Ideal Patient Experience, Centre de santé Trillium (2008). Disponible à : [http://www.ohahealthachieve.com/Client/OHA/healthachieve09_lp4w_Ind_webstation.nsf/resources/Family+and+Patient+Centred+Care+2008/\\$file/Trillium+Health+Centre++Ideal+Patient+Experience.pdf](http://www.ohahealthachieve.com/Client/OHA/healthachieve09_lp4w_Ind_webstation.nsf/resources/Family+and+Patient+Centred+Care+2008/$file/Trillium+Health+Centre++Ideal+Patient+Experience.pdf)
- ¹²¹ Bierman AS et Clark JP. Performance measurement and equity. *BMJ* 2007; 334:1333-1334. doi:10.1136/bmj.39251.660127.AD. Disponible à : <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7608/1333>
- ¹²² Bierman AS. Towards Equity in Health and Health Care in Ontario : Moving Forward. Rapport présenté au Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Avril 2008. L'étude POWER a fourni la série d'indicateurs, les sources de données, les définitions des indicateurs et le soutien technique pour les analyses dans ce chapitre.
- ¹²³ Heisz A. Inégalité et redistribution du revenu au Canada : 1976 à 2004. Statistique Canada. Mai 2007. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11f0019m/11f0019m2007298-fra.pdf>.
- ¹²⁴ Phipps S. Répercussions de la pauvreté sur la santé — Aperçu de la recherche, ICIS. Juin 2003. Disponible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/CPHIImpactonPoverty_f.pdf.

- ¹²⁵ Jemal A, Ward E, Anderson RN, Murray T et Thun MJ. Widening of socioeconomic inequalities in U.S. death rates, 1993-2001. *Mai* 2008; 14; 3(5):e2181.
- ¹²⁶ Ali JS, McDermott S. et Gravel RG. Recent research on immigrant health from statistics Canada's population surveys. *Can J Public Health*. Mai-Juin 2004; 95(3):19-13.
- ¹²⁷ Lofters A, Glazier RH, Agha MM, Creatore MI et Moineddin R. Inadequacy of cervical cancer screening among urban recent immigrants: a population-based study of physician and laboratory claims in Toronto. *Canada. Prev Med*. Juin 2007; 44(6):536-42.
- ¹²⁸ Tremblay MS, Bryan SN, Pérez CE, Arden CI et Katzmarzyk PT. Physical activity and immigrant status: evidence from the Canadian Community Health Survey. *Revue canadienne de santé publique*. Juillet-Août 2006; 97(4):277-82.
- ¹²⁹ Newbold B. Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy*. Avril 2005; 10(2):77-83.
- ¹³⁰ Asanin J et Wilson K. "I spent nine years looking for a doctor": exploring access to health care among immigrants in Mississauga (Ontario). *Canada. Soc Sci Med*. Mars 2008; 66(6):1271-83.
- ¹³¹ Sylvain M. New human rights rules have major implications for doctors. *Medical Post*. 14 octobre 2008.
- ¹³² Accepting New Patients, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Novembre 2008. Disponible à : <http://www.cpso.on.ca/policies/policies/default.aspx?ID=2506>
- ¹³³ Walin S. Equity in the use of health services in Canada and its provinces, LSE Health. Document de travail. Octobre 2006. Disponible à : <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSEHWP3.pdf>
- ¹³⁴ Le gouvernement McGuinty élargit les centres de santé communautaire, ministère de la Santé et des Soins de longue durée November 2005. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_05/nr_111005f.html.
- ¹³⁵ Rapport Observateur-Q 2008 – Chapitre 3. Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Disponible à : http://www.ohqc.ca/pdfs/ohqc_2008_report_-_french.pdf.
- ¹³⁶ Wilson JM et Junger CT. Principles and practice of screening for disease. Organisation mondiale de la santé. Public Health Paper 34; 1968.
- ¹³⁷ Prévention, Indice de qualité du réseau de cancérologie – Action Cancer Ontario. Disponible à : <http://www.cancercare.on.ca/english/csqi2008/>.
- ¹³⁸ Cancer, Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Resources. Disponible à : <http://www.healthdisparities.net/hdc/html/collaboratives.topics.cancer.aspx>.
- ¹³⁹ Centers for Disease Control and Prevention. The Power to Reduce Health Disparities: Voices from REACH Communities. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2007. Disponible à : http://www.cdc.gov/reach/pdf/voices_101007.pdf.
- ¹⁴⁰ Woltman KJ et Newbold KB. Immigrant women and cervical cancer screening uptake. *Revue canadienne de santé publique*. Décembre 2007; 98 (6) 470-475.
- ¹⁴¹ Krueger PM et Chang VW. Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death. *Am J Public Health*. Mai 2008; 98(5):889-96.
- ¹⁴² Tsourtos G et O'Dwyer L. Stress, stress management, smoking prevalence and quit rates in a disadvantaged area: has anything changed? *Health Promotion J Austr*. Avril 2008; 19(1):40-4.
- ¹⁴³ Orpana HM, Lemyre L et Gravel R. Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social. Statistique Canada. Disponible à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009001/article/10772-fra.htm>.
- ¹⁴⁴ Stillman FA, Bone L, Avila-Tang E, Smith K, Yancey N, Streand C et Owings K. Barriers to smoking cessation in inner-city African American young adults. *Am J Public Health*. Août 2007; 97(8):1405-8.
- ¹⁴⁵ Stead M, MacAskil S, MacKintosh AM, Reece J et Eadie D. "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health Place*. Décembre 2001; 7(4):333-43.
- ¹⁴⁶ Leading Healthy Indicators, Healthy People 2010. Disponible à : <http://www.healthypeople.gov/LHI/>
- ¹⁴⁷ Centers for Disease Control and Prevention. The Power to Reduce Health Disparities: Voices from REACH Communities. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2007. Disponible à : http://www.cdc.gov/reach/pdf/voices_101007.pdf.
- ¹⁴⁸ Budget de l'Ontario — Section E : Un Ontario en meilleure santé : Renforcer les services de santé pour l'avenir. Ministère des Finances. Disponible à : <http://www.fin.gov.on.ca/french/budget/ontariobudgets/2008/chpt1e.html>.
- ¹⁴⁹ Hypertension: Pharmacologic Management, GAC Guidelines Advisory Committee. Disponible à : http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?ACT=topics&Summary_ID=241&Topic_ID=30.

- ¹⁵⁰ Rx Files – Objective Comparisons for Optimal Drug Therapy. Disponible à : <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/modules/druginfoindex/druginfo.aspx>.
- ¹⁵¹ Hongbo Yuan HB, Chung F, Vairavanathan S Yin L, Wong D, Vairavanathan S. *et al.* Elimination of Preoperative Testing in Ambulatory Surgery. *Journal canadien d'anesthésie*. 2006; 53:26466. Disponible à : http://www.cja-jca.org/cgi/content/full/53/suppl_1/26466
- ¹⁵² Finegan BA, Rashedi S, McAlister FA et O'Connor P. Selective ordering of preoperative investigations by anesthesiologists reduces the number and cost of tests. *Journal canadien d'anesthésie*. Juin-Juillet 2005; 52(6):575-80.
- ¹⁵³ Schein OD, Katz J, Bass EB, Tielsch JM, Lubomski LH, Feldman MA, Petty BG et Steinberg EP. The value of routing preoperative medical testing before cataract surgery. *N Engl J Med* 2000; 342(3):168-75.
- ¹⁵⁴ Imasogie N, Wong DT, Luk K et Chung F. Elimination of routing testing in patients undergoing cataract surgery allows for substantial savings in laboratory costs. Un bref rapport. *Journal canadien d'anesthésie*. 2003.
- ¹⁵⁵ California Acute Stroke Pilot Registry Investigators. The impact of standardized stroke orders on adherence to best practices. *Neurology* 2005; 65: 360-365.
- ¹⁵⁶ Fishbane S, Niederman MS, Daly C, *et al.* The impact of standardized order sets and intensive clinical case management on outcomes in community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2007; 167:1664-1669.
- ¹⁵⁷ Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. Avril 2006;(2):CD000259.
- ¹⁵⁸ Huissoon AP et Carlton SA. Unnecessary repeat requesting of tests in a university teaching hospital immunology laboratory: an audit. *J Clin Pathol*. Janvier 2002; 55(1):78.
- ¹⁵⁹ 2006 International Survey of Primary care Doctors, Fonds du Commonwealth. 2006. Disponible à : http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/topline_results_2006_IHPSurvey2.pdf?section=4056
- ¹⁶⁰ Jha AK, Perlin JB, Kizer KW et Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the quality of care. *N Engl J Med*. Mai 2003; 348 (22):2218-27.
- ¹⁶¹ VistA: Winner of the 2006 Innovations in American Government Award. Department of Veterans Affairs, Washington. 2006. Disponible à : <http://www.innovations.va.gov/innovations/docs/InnovationsVistAInfoPackage.pdf>
- ¹⁶² Evans DC, Nichol WP et Perlin JB. Effect of the implementation of an enterprise-wide. Electronic Health Record on productivity in the Veterans Health Administration. *Health Econ Policy Law*. Avril 2006; 1 (Pt 2):163-9.
- ¹⁶³ Budget de l'Ontario 2008, ministère des Finances. Mars 2008. Disponible à : http://www.fin.gov.on.ca/french/budget/ontariobudgets/2008/papers_all.html.
- ¹⁶⁴ Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2008, ICIS. (Ottawa, Ont.: ICIS, 2008). Disponible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/displPage.jsp?cw_page=AR_31_F.
- ¹⁶⁵ Données sur la santé de l'OCDE 2008. Décembre 2008. Disponible à : www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG
- ¹⁶⁶ Macinko J, Starfield B et Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007; 37(1):111-26.
- ¹⁶⁷ Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S et Wilt TJ. Nurse staffing and quality of patient care. *Evid Rep Technol Assess* (rapport intégral). Mars 2007; 151:1-115.
- ¹⁶⁸ Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M, Skoda S et Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: a multi centre randomised control trial. *BMJ* 2000; 320:1038-43.
- ¹⁶⁹ Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turtton P, *et al.* Randomised control trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting same day consultation in primary care. *BMJ* 2000; 320:1043-48.
- ¹⁷⁰ Venning P, Durie A, Roland M, Roberst C et Leese B. Randomised control trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000; 320:1048-53.
- ¹⁷¹ McGillis Hall L, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L et Donner GJ. Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Med Care*. Septembre 2003;41(9):1096-109.
- ¹⁷² McGillis Hall L, Doran D et Pink GH. Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *J Nurs Adm*. Janvier 2004; 34(1):41-5.
- ¹⁷³ Chan BTB, Degani N, Crichton T, Pong RW, Rourke JT, Goertzen J et McCready B. Factors influencing family physicians to enter rural practice. *Canadian Family Physician* 2005; 51:1246-1247
- ¹⁷⁴ Tepper JD, Schultz SE, Rothwell DM et Chan BTB. Physician services in rural and Northern Ontario. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2005.

- ¹⁷⁵ Chan BTB. The declining comprehensiveness of primary care in Ontario. *Journal de l'Association médicale canadienne* 2002; 166(4):429-434.
- ¹⁷⁶ Initiatives, programmes et financement. ProfessionsSantéOntario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : <http://www.professionssanteontario.ca/WhatIsHFO/Initiatives.aspx>.
- ¹⁷⁷ Krupa LK et Chan BTB. Canadian rural family medicine training programs: Growth and variation in recruitment. *Canadian Family Physician* 2005; 51:852-853.
- ¹⁷⁸ Enquête sur la population active, Statistique Canada. Décembre 2008. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090109/dq090109a-fra.htm>.
- ¹⁷⁹ Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP et Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. Février 2004; 42(2 Suppl):1157-66.
- ¹⁸⁰ Coomber B et Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud*. Février 2007;44 (2):297-314.
- ¹⁸¹ Programme des milieux de travail sains de l'Ontario – ProfessionsSantéOntario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : <http://www.professionssanteontario.ca/WhatIsHFO/HWE.aspx>.
- ¹⁸² Sécurité au travail Ontario, ministère du Travail. Juin 2008. Disponible à : <http://www.labour.gov.on.ca/french/hs/sawol/index.html>.
- ¹⁸³ Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. *À notre portée — Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Conseil canadien d'agrément des services de santé. Ottawa. 2007. Disponible à : <http://www.qwqhc.ca/documents/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>.
- ¹⁸⁴ Shekelle PG, Morton SC et Keeler EB. Costs and benefits of health information technology. *Evidence Rep Technol Assess* (rapport intégral). Avril 2006; 132:1-71.
- ¹⁸⁵ Lehmann CU et Kim GR. Computerized provider order entry and patient safety. *Pediatr Clin North Am*. Décembre 2006; 53(6):1169-84.
- ¹⁸⁶ Dorr D, Bonner LM, Cohen AN, Shoai RS, Perrin R, Chaney E, Young AS. Informatics systems to promote improved care for chronic illness: a literature review. *J Am Med Inform Assoc*. Mars Avril 2007;14(2):156-63.
- ¹⁸⁷ Ontario Hospital e-Health Adoption: Clinical Capabilities, 2008 Key Findings. Association des hôpitaux de l'Ontario, Toronto, 2008, pages 8-9. Disponible à : [www.oha.com/client/OHA/OHA_L1P4W_LND_WebStation.nsf/resources/Ehealth/\\$file/2008+e-Health+Adoption+Survey+Clinical+Capabilities+Key+Findings+Report.pdf](http://www.oha.com/client/OHA/OHA_L1P4W_LND_WebStation.nsf/resources/Ehealth/$file/2008+e-Health+Adoption+Survey+Clinical+Capabilities+Key+Findings+Report.pdf). Accès en date du 21 février 2009.
- ¹⁸⁸ Pederson L. et Leonard K. Measuring Information technology Investment among Canadian Academic Health Science Centres. *Electronic Healthcare* 2005; 3 (3): 94-102.
- ¹⁸⁹ E-Health - Health System Facts and Figures. Association des hôpitaux de l'Ontario. Disponible à : http://www.healthsystemfacts.com/Client/OHA/HSE_L1P4W_LND_WebStation.nsf/page/e-Health
- ¹⁹⁰ Chiffres non publiés fournis par OntarioMD.
- ¹⁹¹ Physician Office System Renewal Facts. Physician Office System Program. Octobre 2008. Disponible à : <http://www.posp.ab.ca/files/POSP-Renewal-Facts-Oct08.pdf>
- ¹⁹² International Survey of Primary Care Doctors 2006. Fonds du Commonwealth. Voir: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/topline_results_2006_IHPSurvey2.pdf?section=4056.
- ¹⁹³ Schoen C, et al. Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences In Seven Countries. 2007. *Health Affairs*; 26 (6): w717-w734.
- ¹⁹⁴ Pour plus de détails, rendez-vous à OntarioMD. Disponible à : https://www.ontariomd.ca/portal/server.pt?space=CommunityPage&cached=true&parentname=CommunityPage&parentid=0&in_hi_userid=2&control=SetCommunity&CommunityID=204&PageID=0
- ¹⁹⁵ Denis Protti, Steven Edworthy et Ib Johansen. Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Alberta and Denmark, Part 1: Historical, Technical and Cultural Forces. *Electronic Healthcare* 2007; 6(1): 95-102. Disponible à : www.longwoods.com/product.php?productid=18933.
- ¹⁹⁶ Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Juillet 2008. Accessible at: http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_08f/jul/diabetes_strategy_bg_fr_02_20080722.pdf.
- ¹⁹⁷ L'Ontario regroupe les activités de Cybersanté en un seul organisme. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Septembre 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_08f/scpf/nr_20080929f.html.

- 198 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P et Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. Février 2007;297(8):831-41.
- 199 Taylor DM et Cameron PA. Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide? *J Acad Emerg Med*. Mars 2000; 17(2): 86-90. doi: 10.1136/emj.17.2.86. PMID: PMC1725335. Disponible à : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1725335&blobtype=pdf>
- 200 Rapport de la Fondation des maladies du cœur. Juin 2008. Disponible à : <http://www.heartandstroke.com/site/pp.aspx?c=iklQLcMWJtE&b=4277205&printmode=1>
- 201 Lewis M, Trypuc J, Lindsay P, O'Callaghan C. et Dishaw A Has Ontario's Stroke System Really Made a Difference? *Healthcare Quarterly* 2007; 9 (4).
- 202 Dewey HM, Sherry LJ et Collier JM. Stroke rehabilitation 2007: What should it be? *Int J Stroke*. Août 2007;2 (3):191-200.
- 203 Musicco M, Emberti L, Nappi G et Caltagirone C (Italian Multicenter Study on Outcomes of Rehabilitation of Neurological Patients). Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehabilitation*. Avril 2003; 84(4):551-8.
- 204 Discours : Mending Ontario's Fractured Care — The Osteoporosis Society of Canada — Médias d'information. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/english/media/speeches/archives/sp_05/sp_022205.html
- 205 Teasel R, Doherty T, Speechley M, Foley N et Bhogal SK. 2003. Evidence-based review of stroke rehabilitation. Fondation des maladies du cœur.
- 206 Plan d'action contre l'ostéoporose : Une stratégie de lutte contre l'ostéoporose en Ontario. Rapport du Comité du Plan d'action contre l'ostéoporose au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Février 2003. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/public/f/pubf/ministry_reports/f/osteof/osteof_0205.pdf.
- 207 Conditions and Treatment — Osteoporosis, Baycrest Toronto. Disponible à : http://www.baycrest.org/Health_Information/Conditions/AZ/11045_12812.asp
- 208 Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires en 2007 — Résultats sélectionnés de l'enquête. Conseil canadien de la santé. Disponible à : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/phc/PHC_Bkg_Survey_Jan08.pdf.
- 209 Rivetti D, Jefferson T, Thomas R, Rudin M, Rivetti A, Di Pietrantonj C et Demicheli V. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database System Review*. Juillet 2006, 19; 3: CD004876.
- 210 Statistiques sur le cancer. Société canadienne du cancer. Disponible à : www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Cancer%20statistics.aspx?sc_lang=en,
- 211 Cancer Society of Canada. Disponible à : www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/Cancer%20statistics.aspx?sc_lang=en. Accès en date du : 10 décembre 2008.
- 212 Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM et Ederer F. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *New England Journal of Medicine*. Mai 1993; 328 (19):1365-71.
- 213 Humphrey LL, Helfand M, Chan BK et Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals Intern Medicine*. Septembre 2002; 137(5 Part 1):347-60.
- 214 Brown JP, Josse RG et The Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. Clinical Practice Guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*. Novembre 2002; 167 (90100) Disponible à : http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/167/10_suppl/s1
- 215 ContrôleCancerColorecta – Foire aux questions – Action Cancer Ontario. Disponible à : http://www.controlecancercolorectal.ca/provider_fa_q_role_fr.html.
- 216 Powe BD et Cooper DL. Self-reported cancer screening rates versus medical record documentation: incongruence, specificity, and sensitivity for African American women. *Oncology Nursing Forum*. Mars 2008; 35(2):199-204.
- 217 Powe BD, Cooper DL. Self reported cancer screening rates versus medical record documentation: incongruence, specificity, and sensitivity for African American Women. *Oncology Nursing Forum*. Mars 2008; 35 (2): 199-2004.
- 218 Hôpitaux européens – Programme de dépistage du cancer colorectal de Finlande. Disponible à : <http://www.european-hospital.com/topics/article/3108.html>
- 219 Davis K, Shoen C, Schoenbaum SC, Doty MM, Holmgren AL, Kriss JL et Shea KK. Mirror, Mirror on the wall: An international update on the comparative performance of American health care. Fonds du Commonwealth. Mai 2007.
- 220 European Health Consumer Index – Données sur la santé de l'OCDE 2008; World Health Survey 2006, OMS. Disponible à : http://www.healthpowerhouse.com/files/sg_indicators_2008/5.5.%20Mammography%20reach.pdf

- ²²¹ ContrôleCancerColorectal. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et Action Cancer Ontario. Disponible à : http://www.controlecancercolorectal.ca/yourrole_fr.html.
- ²²² L'Ontario améliore l'accès aux tests de dépistage du cancer de la prostate. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Communiqué. Décembre 2008. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_08/dec/nr_20081216f.html.
- ²²³ World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: *AICR* 2007.
- ²²⁴ L'Ontario célèbre une année sans fumée. Ministère de la Promotion de la santé. Mai 2007. Disponible à : <http://www.mhp.gov.on.ca/french/news/2007/053007.asp>.
- ²²⁵ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Disponible à : http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/
- ²²⁶ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990.
- ²²⁷ World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington (DC) : *AICR* 2007.
- ²²⁸ National Institutes for Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. *NIH Publication* n° 98-4083, Bethesda. Septembre 1998. Disponible à : http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf.
- ²²⁹ Warburton DE, Nicol CW et Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Journal de l'Association médicale canadienne*. Mars 2006;174(6):801-9.
- ²³⁰ Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR et McKee M. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bull World Health Organ*. Février 2005; 83(2):100-8.
- ²³¹ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Health Risks and Benefits of Alcohol Consumption. *Alcohol Research & Health*, 2000. Vol. 24, n° 1. Disponible à : <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh24-1/05-11.pdf>.
- ²³² World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington (DC) : *AICR*, 2007.
- ²³³ Rodgers, H. *et al.* Alcohol and stroke. A case-control study of drinking habits past and present, *Stroke* 1993, 24(10), 1473-1477.
- ²³⁴ Biyik I et Ergene O. Alcohol and acute myocardial infarction. *Journal of Internal Medical Research*. Janvier-Février 2007; 35(1):46-51.
- ²³⁵ Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (CCHS 3.1) 2005. Tableau CANSIM 105-049. <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/2006001/tables/t008c.pdf>.
- ²³⁶ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (CCHS 2.1 et 3.1) Tableau CANSIM 105-0400. <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/2006001/tables/t002b.pdf>.
- ²³⁷ Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2008. Santé Canada. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2008-fra.php.
- ²³⁸ Summary of Smoking rates for BC. Statistiques de la Colombie-Britannique. Mai 2007, page 2. Disponible à : <http://www.bcstats.gov.bc.ca/data/ssa/reports/tobacco/smoke07060707.pdf>
- ²³⁹ Ontario sans fumée – Législation interdisant le droit de fumer dans les véhicules automobiles. Ministère de la Promotion de la santé. Disponible à : http://www.mhp.gov.on.ca/french/health/smoke_free/smoking_in_cars/default.asp.
- ²⁴⁰ Plan d'action de l'Ontario pour la promotion de la saine alimentation et de la vie. Ministère de la Promotion de la santé. Disponible à : <http://www.mhp.gov.on.ca/french/health/HEAL/default.asp>.
- ²⁴¹ Programme de reconnaissance des écoles saines. Ministère de l'Éducation. Disponible à : <http://www.edu.gov.on.ca/fre/healthyschools/challenge.html>.
- ²⁴² VIE ACTIVE 2010 Stratégie en matière de sport et d'activité physique de l'Ontario. Ministère de la Promotion de la santé. Août 2005. ISBN 0-7794-8873-3. Disponible à : http://www.mhp.gov.on.ca/french/sportandrec/physical_activity/active2010-strategy-fbk.pdf.
- ²⁴³ La Stratégie ontarienne pour l'aménagement des pistes et des sentiers. Ministère de la Promotion de la santé. 2005. Disponible à : <http://www.mhp.gov.on.ca/french/sportandrec/recreation/trailsstrategy/default.asp>.

12 REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce rapport a été dirigée par une équipe scientifique du Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) et l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), composée de Ben Chan (COQSS), Geoff Anderson (ICES), Anjali Misra (ICES), Alice Newman (ICES), Siamak Tenzif (COQSS), Minh Duong-Hua (ICES) et Rebecca Comrie (ICES), et par une équipe de gestion du projet / de communication du COQSS, qui comprenait Angie Heydon, Andrée Mitchell, Céline St-Louis et Nilam Kassam.

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la rédaction de ce rapport, notamment :

- Jane Coutts, qui a joué un rôle instrumental dans la coordination et la rédaction du rapport.
- Le Conseil consultatif sur la mesure du rendement, Conseil ontarien de la qualité des services de santé, organisme de recherche et d'évaluation composé d'experts des quatre coins de la province, qui nous a conseillés sur la sélection des indicateurs : Arlene Bierman (présidente), Sten Ardal (observateur), Alan Forster, Joanne Hader, Gillian Hawker, Nizar Ladak, Cameron Mustard, Janice Owen, Raymond Pong, Walter Rosser, Mike Sharratt, Kaveh Shojania, Sam Shortt, et Eugene Wen.
- Le Comité d'examen du rendement par les pairs, Conseil ontarien de la qualité des services de santé, organisme de recherche et d'évaluation composé d'experts des quatre coins de la province, qui nous a conseillés sur tous les aspects de la recherche et de l'analyse quantitatives : Arlene Bierman, Alan Forster, Joanne Hader, Nizar Ladak, Doug Manuel, Cameron Mustard, Ian McKillop, Michael Murray, Raymond Pong, Sam Short, Kaveh Shojania et Eugene Wen.
- Les personnes et organismes suivants qui ont fourni des études ou des données pour le rapport : Walter Wodchis, Department of Health Policy, Management and Evaluation – Université de Toronto; Action Cancer Ontario; Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail; Brian Forster, OntarioMD; Arlene Bierman du Project for an Evidence-based Women's Health Report Card; l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; Statistique Canada; et Anthony Jonker, Association des hôpitaux de l'Ontario.
- Les dirigeants et le personnel des organismes suivants qui ont fourni des renseignements pour les études de cas : l'Hôpital général de North York, équipe Santé familiale New Vision, RLISS de Mississauga-Halton, Unité des maladies aiguës et chroniques – ministère de la Santé et des Soins de longue durée, foyer de soins de longue durée Kensington Gardens, Wellesley Central Place, Rekaï Centre, Hôpital de Sault-Sainte-Marie, Centre de santé Trillium, équipe Santé familiale Summerville et Vern Jubber, Chinook Health Region (Alberta).
- Le personnel des nombreuses divisions et directions du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a fourni les données et les renseignements généraux et vérifié les faits.

12

13 MEMBRES DU CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

Conseil d'administration

Lyn McLeod (Newmarket)	<i>Présidente du Conseil et représentante provinciale au Conseil canadien de la santé</i>
Victoria Grant (Stouffville)	<i>Vice-présidente du Conseil</i>
Laura Talbot-Allan (Kingston)	<i>Présidente, Comité de la vérification et des ressources</i>
Shaun Devine (Waterloo)	
Andy Molino (Ottawa)	
Paul Genest (Ottawa)	<i>Président, Comité des communications</i>
D^{re} Janice Owen (London)	
D^r André Hurtubise (New Liskeard)	
D^{re} Arlene Bierman (Toronto)	<i>Présidente, Conseil consultatif sur la mesure du rendement</i>
<i>Les biographies se trouvent à http://www.ohqc.ca/fr/governance.php</i>	

Direction

D^r Ben Chan	<i>Chef de la direction générale</i>
Angie Heydon	<i>Administratrice en chef des opérations</i>
Eileen Patterson	<i>Directrice d'amélioration de la qualité</i>

Mandat

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a pour mandat, en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, d'informer les Ontariennes et Ontariens au sujet de l'état de notre système de santé financé par les deniers publics, y compris l'accès aux services de santé publique, les ressources humaines en santé, la santé de la population et les résultats du système de santé. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé appuie également l'amélioration constante de la qualité du système de santé.

CONSEIL ONTARIEN DE LA QUALITÉ
DES SERVICES DE SANTÉ

130, rue Bloor ouest, bureau 702
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Téléphone : 416 323-6868

Sans frais : 1 866 623-6868

Télécopieur : 416 323-9261

Courriel : ohqc@ohqc.ca

www.ohqc.ca

ISSN 1913-0023 (IMPRIMÉ)
ISBN 978-1-4249-8926-3 (IMPRIMÉ, ÉD. 2009)

ISSN 1913-0031 (EN-LIGNE)
ISBN 978-1-4249-8927-0 (PDF, ÉD. 2009)

© IMPRIMEUR DE LA REINE POUR L'ONTARIO, 2009